



Det sidste snit!

Et teoretisk speciale om selvskadende adfærd og
behandling med medfølelsesfokuseret terapi
inklusiv et forskningsdesign

Rapportens samlede antal tegn

(med mellemrum & fodnoter): 191.626

Svarende til antal normalsider: 79,84

10. Semester, Psykologi

Speciale afhandling

Studienummer: 20104204

Professionsprogram: KANUK

Vejleder: Bo Møhl

29. Maj 2015



Abstract

This thesis focuses on general psychology and is further more placed in a primarily theoretical frame of both science and the history of psychology.

This thesis had two main aims. The first aim was to shed light on how non-suicidal self-injury (NSSI) can be understood. The second aim was to investigate whether compassion-focused therapy (CFT) could be effective in treating NSSI. If this was found to be the case a research design was to be developed to examine the effect of CFT on self-mutilation.

It was found that self-mutilation as a phenomenon has existed throughout the history of human existence. However it seems like the number of self-mutilators has been increasing and still is. Self-mutilators have been characterized as being hard to treat, which can be a reflection of a lack of knowledge. Therefore the overall aim of this thesis was to contribute to new knowledge in treating NSSI.

Even though there is no acknowledged diagnosis on NSSI yet there is a tentative diagnosis in DSM-5.

The analysis showed that self-mutilation can be categorized as either culturally accepted or pathological. This thesis is concentrated on the pathological self-mutilation. Moreover self-mutilation exists as a direct and indirect form. The direct methods involve cutting, biting, hitting and burning whereas the indirect methods for self-mutilation involve eating disorders and substance abuse.

In the present thesis self-mutilation was put in a developmental psychological frame. This means that that self-mutilation is seen as a consequence of poor attachment to the primary caregiver and bad or absent metallization abilities. This means that the development has stopped at a pre-mentalistic stage. This can result in a need for a physical stimulation to be able to self- or affect regulate. In this case self-mutilation being the physical stimulation.

Furthermore it was found that self-mutilation might have a physiological base because a possible connection between self-mutilation and low levels of opioids and serotonin levels was found.

The self-mutilating behavior can have many forms and functions since the population of self-harmers is heterogeneous. From an analysis of Nixon and Heaths (2009) four factor model it was found that there can be four overall motives. This being *automa-*

tic negative reinforcement, automatic positive reinforcement, social negative reinforcement and social positive reinforcement.

Furthermore the analysis showed that a lot of self-mutilators are very self-critical, which elevates their urges to harm themselves.

To be able to provide new knowledge it is important to know what already exists.

Based on a thorough analysis of the theoretical and empirical literature surrounding CBT, DBT and MBT it was concluded that there was evidence for their effectiveness in treating NSSI.

Since a thorough literature research in libraries and online databases (e.g. PsycInfo and PubMed) revealed no studies on the effect of CFT in treating NSSI similarities between CBT, DBT and MBT and CFT was discussed. Based on this discussion CFT was evaluated as potential effective. Hence the fact that most self-mutilators are very self-critical CFT seems to offer a treatment program to these individuals in particular since the primary focus of CFT is on self-criticism and self-compassion.

Thus the needed theoretical and empirical argument for the development of the before mentioned research design was present.

The research design is based on following research question:

Can CFT reduce self-mutilative behavior in individual with high self-criticism?

It is a randomized pre-test- post-test controlled group study. The treatment period is 4-5 months with a 9 month follow-up. The participants take part in a total of 20 therapy sessions; 12 group sessions and 8 individual sessions.

The treatment itself is based on the principles behind CBT, CFT and compassionate mind training (CMT).

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION.....	1
1.1 PROBLEMFOMULERING	2
1.2 AFGRÆNSNING OG BEGREBSAFKLARING	2
1.2.1 Almenpsykologiske metodekriterier	2
1.2.2 Selvskadende adfærd og selvskaderen	3
1.2.3 Litteratur	4
1.3 AFHANDLINGENS OPBYGNING.....	5
2. FÆNOMENBESKRIVELSE	7
2.1 DET HISTORISKE PERSPEKTIV PÅ SELVSKADE.....	7
2.2 SELVSKADE – EN TENTATIV DIAGNOSE	9
2.2.1 Diagnostiske træk og kriterier	10
2.2.2 Udvikling og forløb	11
2.2.3 Differentialdiagnostik	12
2.3 PRÆVALENS	13
2.3.1 Før og nu	13
2.3.2 Køn- og aldersforskelle.....	16
2.4 SELVSKADENDE ADFÆRD VERSUS SELVMORDSADFÆRD	17
2.5 SELVSKADE KATEGORIER.....	18
2.5.1 Kulturel accepteret selvskade	18
2.5.2 Patologisk selvskade	19
2.6 SELVSKADE METODER.....	20
2.6.1 Direkte selvskade metoder	20
2.6.2 Indirekte selvskade metoder.....	22
2.7 SELVSKADENS ONDE CIRKEL.....	22
3. SELVSKADE I EN UDVIKLINGSPSYKOLOGISK FORSTÅELSESRAMME	23
3.1 FONAGYS AFFEKTREGULERINGSMODEL – DEN NORMALE UDVIKLING	24
3.1.1 Den repræsentationelle afbildning.....	25
3.2 FONAGYS AFFEKTREGULERINGSMODEL - DEN AFVIGENDE UDVIKLING	26
3.3 SELVBESKADIGELSE, MENTALISERING OG BEHOVET FOR ET FYSISK UDFALD	28
3.4 FØLELSERMÆSSIG SÅRBARHED	29
4. SELVSKADE – EN BIOLOGISK BASE?	30
4.1 Opiater.....	31
4.2 Serotonin.....	32
5. OPSUMMERENDE DISKUSSION AF DEN UDVIKLINGSPSYKOLOGISK OG BIOLOGISKE FORSTÅELSESRAMME.....	32
6. FORSTÅELSEN AF OG MOTIVER FOR UDØVELSEN AF SELVBESKADIGELSE.....	33

6.1 FIRE FAKTOR MODELLEN – EN OVERORDNET FORSTÅELSESRAMME	34
6.1.1 Automatisk negativ forstærkning.....	35
6.1.2 Automatisk positiv forstærkning.....	35
6.1.3 Social negativ forstærkning	35
6.1.4 Social positiv forstærkning.....	36
6.1.5 Diskussion af fire faktor modellen	37
6.2 AFFEKTREGULERING.....	39
6.3 SELVHAD, SELVKRITIK OG SELVSTRAF	40
7. STATE OF THE ART: DOKUMENTERET EFFEKTFULDE TERAPIFORMER TIL BEHANDLING AF SELVSKADENDE ADFÆRD	41
7.1 KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI (KAT).....	42
7.1.1 Den overordnede idé.....	42
7.1.2 Effekt.....	43
7.1.3 Teknikker.....	45
7.1.4 Opsummering.....	46
7.2 DIALEKTISK ADFÆRDSTERAPI (DAT)	46
7.2.1 Den overordnede idé.....	46
7.2.2 Effekt.....	48
7.2.3 Teknikker.....	49
7.2.4 Opsummering.....	50
7.3 MENTALISERINGSBASERET TERAPI (MBT)	51
7.3.1 Den overordnede idé.....	51
7.3.2 Effekt.....	51
7.3.3 Teknikker.....	53
7.3.4 Opsummering.....	54
8. HVAD ER SELVMEDFØLELSE?	54
8.1 MEDFØLELSE	55
8.1.1 Udviklingen af medfølelse.....	55
8.2 SELVMEDFØLELSE.....	56
9. MEDFØLELSESFOKUSERET TERAPI (MEFT) TIL BEHANDLING AF SELVSKADE? 57	
9.1 DEN OVERORDNEDE IDÉ.....	58
9.2 TEKNIKKER	60
9.3 EFFEKTEN AF MEFT TIL BEHANDLING AF SELVSKADENDE ADFÆRD?	61
9.4 MEFTS FOKUS PÅ SKAM OG SELVKRITIK	65
10. VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER INDEN UDFORMNING AF FORSKNINGSDESIGN	68
10.1 PROBLEMFELT.....	69
10.2 MÅLGRUPPE OG SAMPLE	69

10.3 DATA INDSAMLING OG INSTRUMENTER.....	71
11. FORSKNINGSDESIGNET	73
11.1 PROBLEMFELTET	73
11.1.1 <i>Forskningsspørgsmål og hypoteser</i>	74
11.2 BEGREBSAFKLARING	75
11.3 BAGGRUND FOR OG GENNEMGANG AF RELATERET LITTERATUR	76
11.4 ET RANDOMISERET PRÆTEST-POSTTEST KONTROL GRUPPE DESIGN.....	77
11.5 PROCEDURE	78
11.5.1 <i>Rekruttering</i>	78
11.5.2 <i>Sample</i>	78
11.5.3 <i>Instrumenter</i>	79
11.5.4 <i>Interventionen</i>	84
11.6 INTERN VALIDITET – OVERVEJELSER OG FORANSTALTNINGER	89
11.7 DATA ANALYSE.....	91
11.8 ETIK	91
12. KONKLUSION	92
12.1 FREMTIDIG FORSKNING	94
REFERENCELISTE	95

1. Introduktion

”En dag sad jeg i min lejlighed og græd. På et tidspunkt kunne jeg ikke mere. Jeg fik øje på et barberblad og skar nogle rifter i min arm. Det føltes, som om der var nogle ting, der fløj ud og forsvandt. Det var en lettelse” (Søndergaard, 2007, p. 9).

Således fortæller en ung 16 årig pige om hendes erfaring med selvskade. Dette synes desværre at være en meget typisk fortælling om unges erfaringer med selvskade. Igennem de senere år synes der at være kommet en større og større opmærksomhed på selvskade i medierne og på internettet. Ofte hører man, at flere og flere har ondt i sjælen, livet er svært, presset er stort og udfordringerne mange. Selvskaden kan blive en lindring for disse; en flugtmulighed.

”Jeg blev høj af at skære i mig selv og følte, at jeg kom ind i en helt anden verden. Mine tanker om alt det, der var sket, forsvandt fuldstændig”
(Søndergaard, 2007, p. 38).

Jeg har altid interesseret mig for de psykologiske processer, der foregår, når et individ skader sig selv. I sommeren 2014 sad jeg og så en dokumentar om teenagere, der anvendte selvbeskadigelse, som en flugt fra hverdagen. Mange af disse havde været selvskadere i mange år uden, at behandlingen havde hjulpet dem synderligt. Dette skabte tanken om, hvorfor mon deres behandling ikke virkede? Denne tanke blev til en idé, som blev grundlaget for mit 9. semesters projekt. Dette var et systematisk review omhandlende henholdsvis kognitiv adfærdsterapi og dialektisk adfærdsterapi effekt på selvskadende adfærd.

I arbejdet med dette stødte jeg ofte på tre typer af udtalelser:

- 1) *”næsten alle selvskadende patienter er voldsomt selvkritiske og har et enormt selvhad og dermed et stort behov for at straffe sig selv”* (Møhl, 2006, p. 67)
- 2) *”... a group that is notoriously difficult to engage in psychotherapy”* (James et al, 2008, p. 150)

- 3) *"... high self-critics could understand the logic of CBT and generate alternative thoughts to self-criticism but rarely felt reassured by such efforts"* (Gilbert & Procter, 2006, p.355).

En tanke opstod - "Kunne der mon være en sammenhæng mellem selvkritikken og det kognitive fokus, der gjorde selvskaderne svære at behandle"? Sammen med min interesse for og viden omkring medfølelsesfokuseret terapi skabte det den undren, der blev grundlaget for denne afhandling.

Efter grundig søgen på biblioteket og i PsycInfo, PubMed og Google Scholar stod det klart, at der ikke fandtes megen litteratur omhandlende behandling af selvskadende adfærd med medfølelsesfokuseret terapi og antageligt ikke et eneste effektstudie omhandlende dette. På baggrund af dette endte min undren ud i følgende problemformulering:

1.1 Problemformulering

Hvad er selvskade og kan medfølelsesfokuseret terapi tænkes at være effektiv til behandling af selvskadende adfærd? Hvorledes ville et konkret forskningsdesign i så fald se ud?

1.2 Afgrænsning og begrebsafklaring

1.2.1 Almenpsykologiske metodekriterier

Indenfor almenpsykologien er grundsynspunktet, at det psykiske er ét sammenhængende fænomen, der hænger sammen med resten af verden. Dette betyder, at psyken ikke er løsrevet fra hjernen og resten af kroppen samt at psyken hænger sammen med det, at mennesket oplever, handler og lever i den fysiske, biologiske, kulturelle og sociale verden (Bertelsen, 2000, p. 26).

Denne afhandlings problemformulering besvares ud fra almenpsykologiens grundsynspunkt, hvilket medfører, at selvskadende adfærd anses som værende et fænomen, der påvirkes af vores psyke, fysik og af den verden selvskaderen befinder sig i. Forankringen i almenpsykologiens grundsynspunkt medfører desuden, at denne afhandling sikres en vis teoretisk og empirisk bredde og nuancering. Dette sikres via inte-

grering af flere forskellige traditioner og videnskabelige discipliner, der tilsammen skaber et bredt og nuanceret billede af selvskade og behandlingen heraf. For at opfylde de almenpsykologiske metodekriterier skal afhandlingen være:

- 1) *Interdisciplinær*: baseret på viden om det psykiske genstandsfelt fra flere af psykologiens forskellige områder
- 2) *Tværvidenskabelig*: baseret på viden om det psykiske genstandsfelts eksistensen i og samspil med den verden, det eksisterer i
- 3) *Metodepluralistisk*: baseret på en bred og mangfoldig anvendelse af empiri og forklaringsformer, der findes indenfor psykologien, såvel som andre videnskaber (Bertelsen, 2000, p. 52).

Denne afhandling opfylder det interdisciplinære kriterium ved at inddrage viden fra bl.a. den kliniske psykologi, neuro-, udviklings-, og kognitionspsykologien. Det tværdisciplinære søges opfyldt ved at inddrage viden fra bl.a. psykologien, biologien og lægevidenskaben. Kravet om metodepluralisme opfyldes som en effekt af, at kriterierne omkring anvendelse af psykologiens forskellige områder samt forskellige videnskaber opfyldes.

1.2.2 Selvskadende adfærd og selvskaderen

Der findes en del forskellige definitioner af, hvad selvskade er og hvad det bør kaldes. Nogle af de begreber, der bliver brugt mest er: *self-mutilation*, *self-destructive behavior*, *deliberate self-harm*, *self-injury*, *intentional self-harm*, *self-cutting* og *parasuicide* (Møhl, 2006, p. 15, Øverland, 2006, p. 16).

I nærværende afhandling anvendes begrebet *selvskadende adfærd*. Årsagen til dette er, at det eneste andet danske alternativ er selvmutilation. Selvmutilation betyder egentlig selvlemlæstelse (Møhl, 2006, p. 15). Da fokus for afhandlingen er den fysiske ikke-suicidale selvbeskadigelse, som redskab til psykisk bedring, og ikke en fysisk lemlæstelse, anvendes begrebet *selvskadende adfærd*, idet dette begreb synes at beskrive fokus bedst.

Når der i afhandlingen refereres til ”selvskaderen”, ”det selvskadende individ” og andre relaterede benævnelser, menes der et individ, mand som kvinde, der skader sig selv fysisk, uden at have suicidale intentioner, med henblik på at skabe en psykisk

bedring.

Den selvskadende adfærd må ydermere ikke være en effekt af autisme, mental retardering og psykose, idet disse antageligt har andre årsagsforklaringer til deres selvbeskadigelse (Øverland, 2006, p. 24).

1.2.3 Litteratur

Den anvendte litteratur er valgt ud fra flere kriterier. Først og fremmest er al litteratur udvalgt med omtanke for at sikre så høj en kvalitet, som mulig. Dette er blevet gjort ud fra følgende kriterier:

- 1) så vidt muligt anvendes primær litteratur, der kvalitetsmæssigt befinder sig på universitets niveau eller derover
- 2) så vidt muligt sikres det, at alle artikler stammer fra tidsskrifter af høj kvalitet (f.eks. tidsskrifter, hvor der anvendes peer-review).

Ydermere er det anvendte teoretiske og empiriske materiale udvalgt på baggrund af en vurdering af dets relevans i forhold til problemformuleringen. Dette er gjort velvidende, at der findes flere og andre teorier og forståelsesrammer, der kan belyse selvskadende adfærd og behandlingen heraf ud fra andre vinkler.

Når der løbende i afhandlingen refereres til en systematisk søgning eller lignende indebærer dette søgning i PsycInfo (herunder PsycCritiques, PsycARTICLES, PsycTests og PsycTHERAPY) samt PubMed og Google Scholar. Ved afvigelser nævnes den alternative fremgangsmåde.

Litteratursøgninger, der omhandler selvskadende adfærd bygger på følgende søgeord (Danske ækvivalenter er ligeledes anvendt, hvor dette var muligt):

- Self-destructive behavior
- Self-inflicted wounds
- Self injurious behavior
- Self-mutilation
- Self-harm (Denne eksisterer ikke som thesaurus begreb i PsycInfo, hvorfor denne er søgt på særskilt)

Et eksempel på en søgning i forhold til kognitiv adfærdsterapi og selvskade ville derfor se således ud:

” Self-destructive behavior OR Self-inflicted wounds OR Self injurious behavior OR Self-mutilation AND Cognitive Behavior Therapy ”

1.3 Afhandlingens opbygning

Del 1 indeholder indledningen, der giver læseren et indblik i motivationen for denne afhandling. Ydermere findes her problemformuleringen, problemafgrænsningen og begrebsafklaringen. *Del 1* indeholder ligeledes denne disposition.

Del 2 indeholder den teori og empiri, der danner rammen for afhandlingens undersøgelse af, hvad selvskade er. Dette undersøges ved hjælp af en fremstilling og diskussion af 1) det historiske perspektiv på selvskade, 2) den tentative diagnose på selvskadende adfærd og herunder forløb, udvikling og differentialdiagnostik, 3) prævalens før og nu samt køns- og aldersforskelle, 4) selvskadende adfærd versus selvmordsadfærd, 5) selvskade kategorier og herunder kulturel accepteret og patologisk selvskade, 5) selvskade metoder i form af direkte og indirekte selvskadende adfærd og til sidst 6) selvskadens onde cirkel.

Del 3 giver læseren en forståelse af, hvorfor nogle individer udvikler selvskadende adfærd, imens andre ikke gør. Dette gøres ved først at sætte selvskadende adfærd i en udviklingspsykologisk forståelsesramme. Her anvendes Fonagys affektreguleringsmodel til at give læseren en indsigt i sammenhængen mellem mangelfuld affektregulering, mentalisering og selvskadende adfærd.

Del 4 består af en diskussion af, hvorvidt den selvskadende adfærd kan have en biologisk base.

Del 5 er en diskussion af selvskade ud fra den udviklingspsykologiske og biologiske forståelsesramme.

Del 6 indeholder en diskussion af forståelsen af og motiverne for selvskadende adfærd. Dette gøres ud fra Nixon og Heaths (2009) fire faktor model. Selvskadende adfærd diskuteres yderligere i forhold til affektregulering samt selvhad, selvkritik og selvstraf. Afhandlingens del 2-6 skaber således grundlaget for afhandlingens videre undersøgelse i del 7 - 11.

Del 7 skaber et ”state of the art” billede af, hvilken viden der allerede findes i forhold til behandling af selvskadende adfærd. Dette gøres ud fra kognitiv adfærdsterapi (KAT), dialektisk adfærdsterapi (DAT) og mentaliseringsbaseret terapi (MBT). Overblikket skabes ved at klarlægge den overordnede idé bag terapiformerne, gen-

nemgå effekten af terapierne for til sidst at diskutere nogle af de særegne teknikker indenfor terapiformerne for at forsøge at validere de fundne effektstørrelser. Denne del står som grundlaget for undersøgelsen af, hvorvidt medfølelsesfokuseret terapi (MEFT) kan tænkes at være en effektiv behandlingsform til selvskadende adfærd.

Del 8 undersøger, hvorledes medfølelse og selvmedfølelse kan forstås og hvilken relation, der er imellem disse.

Del 9 undersøger, hvorvidt MEFT kan tænkes som en effektiv behandlingsform til selvskadende adfærd. Dette gøres via en klarlægning af grundidéen bag MEFT og dennes teknikker. Desuden anvendes en sammenligning af henholdsvis KAT, DAT og MBT med MEFT, som grundlaget for en diskussion af og argumentation for MEFTs effektivitet til behandling af selvskadende adfærd.

Del 10 fremstiller en diskussion af, hvilke videnskabsteoretiske overvejelser, der er gjort inden udformningen af forskningsdesignet har fundet sted.

Del 11 indeholder et forslag til, hvorledes et forskningsdesign, der undersøger MEFTs effekt på selvskadende adfærd, kan se ud.

Del 12 er konklusionen på afhandlingens problemformulering. Denne konklusion er baseret på den viden, der er opnået igennem afhandlingens foregående dele.

2. Fænomenbeskrivelse

2.1 Det historiske perspektiv på selvskade

”Our Perceptions of self-mutilation as grotesque or beautiful, heroic or cowardly, awesome or pitiful, meaningful or senseless, derive in great part from the perceptions of those who have lived before us” (Favazza, 2011, p. 3).

Opfattelsen af, hvad selvskade er og hvilke funktioner den tjener har været underlagt en lang forandringsproces, inden man nåede frem til den forståelse, der er af selvskade i dag (Jf. afsnit 2.2.1). Derfor findes der også mange beretninger om selvskadende adfærd i litteraturen.

Det allertidligste vidnesbyrd på selvskade, der på nuværende tidspunkt er kendskab til, stammer fra hulemalerierne. De over 20000 år gamle malerier beretter om ritual-baseret selvskade i form af malede hænder, der mangler én eller flere fingerspidser (Favazza, 1989, p. 142). Det ældste nedskrevne publicerede tilfælde stammer fra Biblen. I Markus-Evangeliet berettes der om en dæmonbesat mand, der qua dette løb døgnet rundt og slog sig selv med sten for at drive dæmonen ud af sin krop (Biblen, Markus-Evangeliet, 5.5).

I slutningen af 1800-tallet opstod der et nyt fænomen kaldet ”nålepiger” (Møhl, 2006, p. 25). De to læger Gould og Pyle forklarer, at man så en ny form for selvskade i form af, at nogle personer gjorde skade på sig selv ved at stikke nåle i sig selv. Én beretning vidner om, at en ung jøde i en periode på 18 måneder fik fjernet 217 nåle fra sin krop. Nåle han selv havde anbragt der (Gould & Pyle, 1896, p. 750).

Det var imidlertid først langt senere, at man begyndte at interessere sig for årsagerne til selvskadende adfærd. Et af de første forsøg på at skabe en sådan forståelse af noget, der mindede om selvskadende adfærd kom fra Sigmund Freud og var inspireret af psykoanalysen. Freud søgte at forklare et individs selvpåførte ikke-lystbetonede adfærd med ethvert levende væsens drift til at vende tilbage til det livsløse; døden (Freud, 1920, p. 46). Med Freuds fremlægning af dødsdriften og dermed sammenkoblingen mellem alle selvdestruktive handlinger og ønsket om at dø befandt forståelsen af selvskade sig på et stadie, hvor der ikke blev skelnet mellem selvbeskadigelse og selvmordsadfærd.

Denne forståelse var herskende, indtil selvskade blev bragt på den akademiske dags-

orden af psykiater og psykoanalytiker Karl Menninger. Menninger lavede i år 1935, som den første nogensinde, en grundig undersøgelse af de forskellige selvskade typer (Møhl,2006, p. 29). Menninger mente, at selvskade ikke burde anses som fejlslagne selvmordsforsøg og forbindes med lysten til at dø. Selvbeskadigelse burde i stedet anses, som individets forsøg på at behandle sig selv og derved undgå døden (Menninger, 1935, p. 349). Allerede dengang kom Menninger med en inddeling af selvskadende adfærd, der bestod af seks kategorier:

- 1) Neurotisk selvskade
- 2) Religiøs selvskade
- 3) Pubertets ritualer
- 4) Psykotisk selvskade
- 5) Organisk selvskade
- 6) Selvskade hos normale mennesker (Menninger,1935, pp. 411-458).

Dog fik den medicinske verden først for alvor øjnene op for fænomenet selvskade i 1960'erne og dermed kom der flere og flere udgivelser, der havde fokus på selvskade. Det kan antages, at den øgede opmærksomhed på selvskade kom som en reaktion på, at antallet af selvskadende klienter steg. Desuden forklarer Møhl, at synet på selvskade i dag har ændret sig til, at den gængse opfattelse ligger på selvskade som selvbehandling, sådan som Menninger (1935) havde fremlagt det (Møhl,2006, p. 30).

Siden har forståelsen for og metoderne til selvskade ændret sig markant. Det var først i 1960'erne og 1970'erne, at man begyndte at rette opmærksomheden mod den form for selvskade, som mange kender til i dag; cutting (Rubæk,2009, p. 21).

Det var i omtrent samme periode, at verden blev opmærksom på en anden form for selvbeskadigelse, nemlig spiseforstyrrelserne. Møhl forklarer, at spiseforstyrrelserne blev et massefænomen i en tid, hvor der ikke længere var mangel på fødevarer og hvor fokus i samfundet var rettet direkte imod den gastronomiske verden. På samme måde blev selvskade et udbredt problem i en verden, der fremfor alt søgte at have et kontrolleret forhold til smertebehandling (Møhl,2010, p. 168).

Selvskaden kan imidlertid have mange former. Én af de former, der ikke lige sprænger i øjnene, er sundhed. Overalt i medierne bugner det med sunde opskrifter, træningsprogrammer, fitness konkurrencer osv.

Hvad sker der, når sundhed bliver til ”sygdom”? I de seneste år er flere og flere begyndt at tale om motionsafhængighed. En afhængighed der tærer på familielivet, men i særdeleshed på kroppen, idet den overdrevne motionsmængde ikke levner tid til restitution, hvorfor musklerne langsomt nedbrydes. Et eksempel herpå er Jesper på 32 år. Jesper trænede 20 timer om ugen og hans kone og barn så ikke meget til ham. Han mærkede en øget træthed og hans træningsresultater blev dårligere og dårligere. En dag sagde kroppen stop – Jesper ”mærker symptomer fra hjertet, muskelspændinger overalt i kroppen og tror, at han skal dø” (Lichtenstein,2010, p. 2010). Der kan argumenteres for, at den overdrevne træning og dermed nedslidning af kroppen kan anses som værende en form for selvskadende adfærd, idet mange øjensynligt anvender træningen, som en måde at regulere deres indre følelsesmæssige tilstand på.

Én hypotese kunne være, at motionsafhængighed er denne tids nyeste selvskade form.

2.2 Selvskade – en tentativ diagnose

Selvskadende adfærd kan defineres som værende en direkte og bevidst ødelæggelse af ens eget kropsvæv uden, at individet har et ønske om at dø. Hensigten er således ikke at ende livet og fjerne bevidstheden, men at ændre den (Butler & Malone,2013, p. 1). Butler og Malone forklarer yderligere, at det er vigtigt at være i stand til at skelne mellem selvskadende adfærd og selvmordsadfærd (Jf. afsnit 2.4). Det forholder sig således, at forskningen og det kliniske arbejde, der beskæftiger sig med selvskadende adfærd og/eller selvmordsadfærd længe har arbejdet ud fra forskellige definitioner, hvor nogle inkluderede selvmordsadfærd og andre ikke (Butler & Malone, 2013, p. 1).

Dette gør det vanskeligt at sammenligne forskningsresultater. Der synes imidlertid at være tegn på, at denne problematik er ved at blive løst. Det forholder sig således, at på trods af, at selvskade endnu ikke er blevet anerkendt som en selvstændig diagnose, er der i DSM-5 (2013) en tentativ diagnose på selvskadende adfærd. Denne diagnose er imidlertid ikke endeligt godkendt og implementeret.

2.2.1 Diagnostiske træk og kriterier

Ifølge den tentative diagnose i DSM-5 (American psychiatric association, 2013, pp. 803-804) er det mest essentielle kriterium på selvskade, at individet gentagende gange forvolder sig selv fysisk og smertefuld skade. Følgende kriterier findes i DSM-5:

- a) ”Indenfor det sidste år skal individet have skadet sig selv på mere end fem forskellige dage, deltaget i bevidst selvpåført skade på overfladen af sin krop i et sådan omfang, at udkommet med sandsynlighed vil resultere i blødning, blå mærker eller smerte (f.eks. i form af skære, brænde, stikke, slå eller gnubbe sig selv voldsomt). Individet må ikke have et selvmordsønske, men kun forvente mindre til moderat fysisk skade.
- b) Individet udfører den selvskadende handling med én eller flere af følgende forventninger:
 - 1) At opnå lettelse fra en negativ følelse eller kognitiv tilstand
 - 2) At løse et mellem menneskeligt problem
 - 3) At fremkalde en positiv følelses tilstand

Note: den ønskede lettelse eller reaktion opleves under eller kort efter den selvskadende handling og individet kan udvise adfærdsmønstre, der tyder på, at vedkommende er afhængig af at handle selvskadende
- c) Den bevidste selvskade skal være forbundet med mindst ét af de følgende kriterier:
 - 1) Mellem menneskelige vanskeligheder eller negative følelser eller tanker såsom depression, angst, anspændthed, generaliseret bekymring eller selvkritik indtræffende i perioden umiddelbart lige inden den selvskadende handling bliver udført
 - 2) Inden den selvskadende handling har der været en periode med optagethed af den tiltænkte selvskadende handling, som har været svær at kontrollere
 - 3) Hyppige tanker omkring selvskade, selv når der ikke handles på tankerne

- d) Adfærden er ikke socialt acceptabel (såsom piercinger, tatoveringer, en del af et religiøst eller socialt ritual) og er ikke begrænset til at pille i sår eller at bide negle
- e) Adfærden eller dens konsekvenser medfører klinisk signifikant bekymring eller påvirker mellemmenneskelige, akademiske, eller andre vigtige funktionsområder
- f) Adfærden opstår ikke udelukkende under psykotiske episoder, febevildelse, substansforgiftning eller – afvænnning. Hos individer med en neurologisk udviklingsforstyrrelse må adfærden ikke være en del af et mønster med gentagende stereotypier. Adfærden må ikke kunne forklares bedre ved hjælp af en anden psykisk lidelse eller medicinsk tilstand (f.eks. psykose, autisme spektrum forstyrrelse, intellektuelt handicap, Lesch-Nyhan syndrom, stereotypisk bevægelsesforstyrrelse med dertilhørende selvskade, trikotillomani og ekskoration)” (American psychiatric association,2013, pp. 803-804).

2.2.2 Udvikling og forløb

Debutalderen for selvskadende adfærd er ofte i de tidlige teenageår og selvskaden kan være vedvarende i mange år derefter (American psychiatric association,2013, p. 804). Hertil kan Briere og Gil (1998) tilføje, at resultaterne fra deres forskning viser, at den gennemsnitlige debutalder for selvbeskadigelse er helt ned til 7 år, imens debutalderen for det de klassificerer, som alvorlig selvskade er 14 år. Debutalderen for seksuel selvbeskadigelse lander imidlertid på 18 år (Briere & Gil,1998, 615).

Herudover har forskning vist, at der er en stigning i indlæggelser qua selvskade ved 20-29 års alderen. Der synes imidlertid ikke at være en sammenhæng mellem dette og debutalderen. Derfor synes der at være behov for yderligere forskning i udviklingen af et selvskade forløb samt i de faktorer der forværrer eller hæmmer udviklingen af det selvskadende forløb. Desuden har forskning vist, at selvskadende adfærd kan smitte, idet undersøgelser indikerede, at hvis et selvskadende individ f.eks. blev indlagt kunne andre patienter, der ikke tidligere havde været selvskadende, pludselig blive det (American psychiatric association, 2013, p. 804; Jarvi et al., 2013, p. 2).

2.2.3 Differentialdiagnostik

Det er vigtigt at være i stand til at skelne mellem selvskade og andre lignende diagnoser, da den korrekte diagnose betyder, at den bedst mulige behandling kan tilbydes. Derfor er dette afsnit en kort præsentation af de diagnoser, der ligger tæt op af og minder om selvskade, men som ikke er det.

Ifølge DSM-5 er der fem differentielle diagnoser, der er vigtige at holde øje med, når man mistænker, at et individ lider under selvskadende adfærd. Disse fem er: borderline personlighedsforstyrrelse, suicidal adfærd, trikotillomani, stereotyp selvskadende adfærd og skin picking. (American psychiatric association, 2013, p. 805).

Disse fem lidelser vil nu kort blive beskrevet.

Når det kommer til borderline personlighedsforstyrrelse (BPD), er denne forskellig fra decideret selvskade i form af, at individer med BPD ofte har manifesteret sig med aggressive og fjendtlige adfærdsmønstre, i modsætning til selvskadende individer, der kan have perioder, hvor de virker indelukkede. Herudover er de selvskadende individer ofte samarbejdsvillige og har positive relationer (American psychiatric association, 2013, p. 805).

I forhold til suicidal adfærd skal man holde øje med, hvorvidt der er et ønske om at dø tilstede eller om den primære intention er lettelse (Jf. afsnit 2.2.1). Man bør i disse situationer være opmærksom på, at studier viser høje forekomster af tilfælde, hvor individet har løjet om årsagen til selvskaden (lettelse versus ønsket om at dø) (American psychiatric association, 2013, p. 805).

Trikotillomani er en tilstand, hvor individet trækker hårene ud af sin egen krop. Adfærden opstår i episoder, der kan vare i flere timer af gangen. Det forekommer med størst sandsynlighed, hvis individet skal slappe af eller distraheres (American psychiatric association, 2013, p. 806).

Stereotyp selvskadende adfærd kommer ofte til udtryk ved *headbanging*, biden og ved at slå sig selv. Det er normalt associeret med intens koncentration eller under forhold, hvor der er en lav grad af udefrakommende stimuli. Det kan have forbindel-

se til udviklingsmæssige forsinkelser (American psychiatric association,2013, p. 806).

I forhold til *skin picking* er det således, at det primært forekommer hos kvinder og at det ofte viser sig som pillen i ansigtshuden eller i hovedbunden. Ligesom ved decideret selvskadende adfærd, er der ofte en forudgående trang til disse ”hud-pillerier” og de opfattes ofte som behagelige. Adfærden udføres uden brug af nogle remedier. Individet er desuden bevidst om, at vedkommende forvolder skade på sig selv (American psychiatric association,2013, p. 806).

2.3 Prævalens

2.3.1 Før og nu

Som nævnt i afsnit 2.2 forholder det sig således, at definitionen af selvskadende adfærd og evnen til at skelne mellem selvskadende adfærd og selvmordsadfærd har manglet og til dels stadig mangler. Desuden er der i det forskningsmæssige miljø meget lidt enighed omkring, hvilken måde der er bedst til at undersøge prævalensen af selvskade (Se afsnit 2.3.1.1). Derfor kan det være svært at tegne et præcist billede af, hvorledes prævalensen af selvskadende adfærd har udviklet sig.

På trods af dette følger her en forsøgsvis beskrivelse af prævalensen af selvskadende adfærd igennem tiden.

I løbet af de sidste tre årtier synes der, at have været en stigning i antallet af individer, der udviser selvskadende adfærd. Det forholder sig således, at Favazza og Conterio i år 1988 anslog, at omkring 750 individer ud af 100.000 skadede sig selv, hvilket på daværende tidspunkt svarede til ca. 0,75 % af normalbefolkningen (Favazza & Conterio,1988, p. 23). 10 år senere lavede Briere og Gil (1998) et studie, hvor de undersøgte prævalensen af selvskadende adfærd hos et sample, der repræsenterede normalbefolkningen samt hos et sample der repræsenterede den kliniske population. Disse undersøgelser viste, at 4 % af normalbefolkningssamplet havde skadet sig selv indenfor de seneste seks måneder, imens dette tal var 21 % for det kliniske sample (Briere & Gil,1998, pp.616-617). Klonsky et al. fandt i år 2003 frem til omtrent de samme tal som Briere og Gil (1998), da de efter deres undersøgelse kunne konkludere

re, at cirka 4 % af normalbefolkningen havde udøvet selvskade mindst én gang (Klonsky et al.,2003, p. 1501). Så sent som i år 2012 lavede Møhl og Skandsen en undersøgelse blandt københavnske gymnasielever (der ikke tidligere havde været i forbindelse med psykiatrien) der viste, at mere end 21,5 % af disse havde udført selvbeskadigelse én gang eller mere i løbet af deres liv (Møhl & Skandsen,2012, p. 147). Dermed synes prævalensen af selvskadere at være steget i perioden fra år 1988-2012.

2.3.1.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

På trods af at der synes at har været en stigning i forekomsten af selvskadere, er det vigtigt at være opmærksom på, at visse ting gør det svært at tegne et præcist billede af udviklingen. Når man udforsker et empirisk genstandsfelt og skal sammenligne resultater på tværs af studier er det vigtigt, at forståelsen af genstandsfeltet er ens (Christensen,2005, p. 103). I takt med at forståelsen af selvskade har ændret sig (Jf. afsnit 2.1) har måden det blev operationaliseret på også ændret sig. Tidligere blev selvskadende adfærd ofte lagt ind under personlighedsforstyrrelser som symptom. Dette betyder, at nogle af de ældre prævalensstudier kan være misledende, idet forekomsten af selvskadende adfærd ikke er blevet opnoteret separat. Dette er bl.a. tilfældet med Favazza & Conterio (1998).

I modsætning til dette skelner de sidste tre nævnte studier (Briere & Gil,1998; Klonsky et al., 2003; Møhl & Skandsen, 2012) mellem selvskadende adfærd og selvmordsforsøg. Dette besværliggør en sammenligning af prævalensen, idet et fælles grundlag for en sammenligning mellem de ældste og nyeste studier ikke er til stede.

Derudover er der også nogle metodemæssige overvejelser, der er vigtige, når forskning sammenlignes. Her iblandt er måden, hvorpå data indsamles. Alle fire studier (Favazza & Conterio,1988; Briere & Gil,1998; Klonsky et al.,2003; Møhl & Skandsen,2012) anvender spørgeskemaer til at indhente deres respektive data. Det er imidlertid vigtigt at overveje, hvilken betydning det ville have haft, hvis en anden indsamlingsmetode var valgt. Interviewet er i sig selv af en helt anden støbning end spørgeskemaet. I interviewforskningen bør der tages højde for, at resultaterne er fremkommet på baggrund af menneskelige relationer (Brinkmann & Tanggaard, 2010, p.33). Ross og Heaths (2002) undersøgelse bekræfter vigtigheden af sådanne

overvejelser. De fandt ud af, at der ved spørgeskemaundersøgelserne fremkom en prævalens på 21,2 %. Da de efterfølgende interviewede selvsamme forsøgsdeltagere viste det sig, at kun 13,9 % faldt indenfor den på forhånd fastsatte definition af selvskade (Ross & Heath, 2002, p.73)

En anden medvirkende faktor til ovennævnte forskel kan være, at nogle deltagere trækker deres tidligere svar tilbage, fordi interviewsituationen ellers tvinger dem til at afsløre deres selvskadende adfærd overfor interviewpersonen.

Herudover forholder det sig således, at de fire studier har undersøgt prævalensen ud fra forskellige kriterier. Klonsky et al. (2003) og Møhl og Skandsen (2012) undersøgte begge livstids prævalensen. Det vil med andre ord sige, hvorvidt deltagerne nogensinde har udvist selvskadende adfærd. Dette står i modsætning til Briere og Gil (1998), der undersøgte halvårs prævalensen og dermed, hvorvidt deltagerne havde skadet sig selv indenfor de sidste seks måneder. Sidst, men ikke mindst ekspliciterer Favazza og Conterio (1988) ikke noget om, hvilken form for prævalensramme de undersøgte indenfor.

Grundet de forskellige prævalensrammer opstår der nogle problematikker der er vigtige at være opmærksom på. Når perioden der måles indenfor, ikke er den samme, er der en risiko for, at mængden af selvskadere og eller/selvskade episoder varierer, som en effekt af tidsrammen og dermed ikke giver det reelle billede af prævalensen. De studier, der undersøgte livstids prævalensen (Klonsky et al., 2003; Møhl & Skandsen, 2012) undersøgte således, hvor mange individer der findes i en given population, som nogensinde har skadet sig selv. Derfor opstår der en risiko for, at individer, der ikke længere er selvskadende indgår i statistikken over prævalensen.

Idet Briere og Gil (1998) spurgte deltagerne om, hvorvidt de havde skadet sig selv det sidste halve år risikerer de imidlertid, at få en underrepræsentation, idet de ikke opfanger de individer, der har udvist selvskadende adfærd for mere end seks måneder siden.

Sammensætningen af undersøgelsesgrupperne skal også rundes kort. I Favazza og Conterio (1988) og Klonsky et al. (2003) undersøgelser er det vigtigt at være opmærksom på, at det faktum at de havde henholdsvis 96 % kvinder i deres sample og et sample bestående af militær rekrutter muligvis kan have haft en betydning for deres resultater. Dette skyldes, at disse samples ikke nødvendigvis er repræsentative for selvskadere som population.

2.3.2 Køn- og aldersforskelle

Det kan være svært at fastslå, hvorvidt der er en signifikant forskel i kønsfordelingen af selvskadere, idet der ikke synes at være en klar konsensus mellem de resultater, forskningsstudierne kommer frem til.

Der ser imidlertid ud til, ud fra klinisk såvel som forskningsmæssig erfaring, at være en klar overvægt af kvinder, der selvskader (Rubæk,2009, p. 31). Dette er også, hvad Muehlenkamp og Gutierres (2007) fandt. Deres studie, hvor 540 gymnasieelever deltog, viste at der var signifikant flere kvinder end mænd, der havde udøvet selvbeskadigelse (Muehlenkamp & Gutierres,2007, p. 72, p. 74).

Der findes imidlertid også studier der, i modsætning til Muehlenkamp og Gutierres (2007), finder en tilnærmelsesvis lige fordeling af kønnene blandt selvskadere. Et sådant eksempel er Lloyd-Richardson et al. (2007). De udførte deres studie på i alt 633 studerende og fandt, at der ikke var en signifikant forskel i kønsfordelingen (Lloyd-Richardson et al.,2007, p.1185, p. 1190).

Umiddelbart synes der ikke at være nogen metodiske eller teoretiske forskelle, der kan lægge til grund for disse vidt forskellige resultater, idet begge studier skelner mellem selvskade episoder og selvmordsforsøg. Derfor ekskluderer begge studier data, der kommer fra deltagere, der tilkendegiver, at de bag deres selvskadende adfærd havde et ønske om at dø. Samtidig er studierne fra det samme år, hvilket betyder, at de forskellige resultater heller ikke kan tilskrives forskellige tidsmæssige perioder.

Ifølge Rubæk er det ydermere vigtigt at være opmærksom på, at der er nogle grundlæggende stereotype forskelle på, hvad kønnene kan slippe afsted med. Drengene kan f.eks. som regel bedre bortforklare sår, skrammer og forbindinger end piger kan (Rubæk,2009, p.32).

Derfor synes det vigtigt at holde sig for øje, at en overrepræsentation af kvindelige selvskadere ikke nødvendigvis betyder, at der er flest kvinder, der skader sig selv. Dette kan blot være et udtryk for, at færre drenge kommer i kontakt med psykiatrien, og dermed ikke bliver en del af statistikken, fordi de har lettere ved at skjule deres selvbeskadigelse end pigerne.

Ydermere er der en forskel på, hvor lang tid kvinder og mænd bliver ved med at skade sig selv. En undersøgelse lavet af Møhl og kolleger viste, at mænd ofte skadede sig selv i længere tid end kvinder (Møhl et al.,2014, p. 15).

Der synes desuden at være en sammenhæng imellem alder og forekomsten af selvskadere. Jarvis et al. (1976) lavede en undersøgelse, hvor de bl.a. undersøgte aldersmønstre indenfor selvskadende adfærd. Resultaterne viste, at der synes at være flest selvskadere i aldersgruppen 20-24 år (1243,2 selvskadere pr. 100.000 indbyggere pr. år), skarpt forfulgt af aldersgruppen 15-19 år med gennemsnitligt 1176,4 selvskadere pr. 100.000 indbyggere pr. år. Generelt kunne der imidlertid ses en tendens til, at jo højere aldersgruppen var, jo lavere var forekomsten af selvskadere. Særligt kunne der ses et drastisk fald i aldersgruppen 65 år og derover med et gennemsnit på ”kun” 111,2 selvskadere pr. 100.000 indbyggere pr. år (Jarvis et al.,1976, p. 145, p. 147). Ovennævnte tendens synes Swannell et al. (2014) at støtte i stor udstrækning, idet de i deres studie fandt, at prævalensen af selvskadere var størst blandt teenagere, næststørst blandt unge voksne og mindst ved voksne mennesker (Swannell et al.,2014, p. 280).

Resultaterne fra disse to studier (Jarvis et al,1976; Swannell et al,2014) er imidlertid ikke enige i, hvorvidt det synes at være i gruppen ”teenagerne” eller ”unge voksne”, der er flest selvskadere. Hvorvidt forskellen kommer af en tidsmæssig udvikling i årrækken fra år 1976 til år 2014 eller ved ”et tilfælde”, er svært at svare på, idet det kun er 67 personer, der afskiller de to aldersgrupper.

2.4 Selvskadende adfærd versus selvmordsadfærd

Som tidligere nævnt er det vigtigt at være i stand til at differentiere selvskadende adfærd fra andre forhold, her i særdeleshed fra selvmordsadfærd.

Et af de vigtigste steder selvskadende adfærd adskiller sig fra selvmordsadfærd er i forhold til intentionen. Shneidman forklarede, at intentionen for selvmord ikke skal forstås som ønsket om at dræbe kroppen, men nærmere som et ønske om at ende bevidstheden. Den underlæggende motivation hos en suicidal person er således at ende den psykiske smerte permanent (Shneidman,1985 p.129).

I modsætning hertil skal intentionen bag selvskadende adfærd ikke forstås som et ønske om at ende livet, men nærmere som en strategi til at ændre bevidsthedstilstanden. Sagt med andre ord: for at få forløsning for ”for mange følelser” (Walsh,2008, p.7).

Herudover skiller de to adfærdstyper sig også fra hinanden på en række punkter, udover motivationen. Disse er: den valgte metode, mængden af anvendte metoder og

hyppigheden. Suicidale personer holder sig ofte til én metode. Denne metode har ofte høj dødelighed og kan f.eks. være skydning. Derimod skifter selvskadende personer ofte mellem flere forskellige metoder med en lav dødelighed f.eks. at skære sig selv. Ydermere optræder selvbeskadigelsen generelt langt oftere hos selvskadende individet end selvmordsforsøgene optræder hos individer, der ønsker at dø (Walsh,2008, pp. 8-12).

På trods af, at selvskadende adfærd og selvmordsadfærd er to vidt forskellige typer adfærd, er der nogle sammenfald. Studier viser, at 14-70 % af teenagere i kliniske samples rapporterer om at have udøvet både selvskadende adfærd og selvmordsadfærd. Dette står i stor kontrast til det faktum, at samme type studier, blot med gymnasieelever, viste at ”kun” 3,8-7 % af disse havde udført begge typer adfærd (Andover et al.,2012, p.2). Dette tyder således på, at der særligt i de kliniske populationer er et sammenfald mellem selvskadende adfærd og selvmordsadfærd.

Det er derfor vigtigt for behandleren at være opmærksom på, at selv om selvskadende adfærd og selvmordsadfærd er to forskellige ting og derfor forståelsesmæssigt bør holdes adskilt, kan de godt optræde simultant, hvilket man bør være opmærksom på i udredningen og behandlingen.

2.5 *Selvskade kategorier*

Selvskade kan deles ind i to overordnede kategorier. Disse er *kulturel accepteret selvskade* og *patologisk selvskade* (Favazza,2011, pp. 199-200).

2.5.1 Kulturel accepteret selvskade

Kulturel accepteret selvskade kan bl.a. være ritualer, hvor der indgår selvskade eller praksisser, hvor skade på kroppen indgår, f.eks. piercing af næsen eller øret (Favazza,2011, pp. 199-201). En anden form for kulturel accepteret selvskade er tatoveringer og piercinger andre steder end i næsen og øret (Veague et al.,2008, p. 82).

Hvorvidt tatoveringer og piercinger kan eller bør betragtes som selvskade er svært at vurdere. Kropsudsmykning udført af professionelle har ofte 1) et æstetisk smukt udseende og 2) kan vise et tilhørsforhold til en social gruppe osv. Dette peger i retningen af, at disse praksisser ikke kan defineres som patologisk selvskadende adfærd. Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem professionelt udført og hjemmegjort krops-

udsmykning. Selvpåført kropsudsmykning, såsom de såkaldte ”fængselstatoveringer”, kan i nogle tilfælde være anvendt som følelshåndtering, hvorfor det i sådanne tilfælde kan defineres som patologisk selvskade og evt. være behandlingskrævende (Walsh,2008,49).

2.5.2 Patologisk selvskade

Den patologiske selvskade er defineret i afsnit 2.2, hvorfor den ikke bliver det her. Patologisk selvskade kan ligesom den kulturelt accepterede selvskade inddeles i kategorier. Disse kategorier er: alvorlig selvskade (f.eks. amputation af lemmer), stereotyp selvskade (f.eks. hoveddunken) og overfladisk selvskade (f.eks. cutting). Den overfladiske selvskade kan yderligere inddeles i tre kategorier: tvangsmæssig selvskade (f.eks. trikotillomani), episodisk selvskade (f.eks. at skære sig sommetider) og repetitiv selvskade (f.eks. at skære sig igen og igen, som en form for afhængighed) (Favazza,2011, p. 200; Møhl,2006, p. 31).

Herudover skelnes der mellem, hvorvidt selvskaden er af impulsiv eller tvangsmæssig karakter. Den impulsive selvskade opstår ofte på baggrund af et behov for at opnå en følelsesmæssig lettelse. Trangen til at skade sig selv kan blive så påtrængende, at den er umulig at holde bort og derfor handles der impulsivt. Cutting er en typisk form for impulsiv selvskade. I modsætning til dette er den tvangsmæssige selvskadende adfærd ofte en automatisk, ureflekteret og tilbagevendende form for selvskade. En typisk form for tvangsmæssig selvskade er f.eks. trikotillomani (Møhl,2006, pp. 31-32).

Sidst, men ikke mindst skelnes der mellem, hvorvidt selvskaden er direkte eller indirekte. Direkte selvskade er f.eks. cutting, imens indirekte selvskade kan være spiseforstyrrelser (Møhl,2006, pp. 31-32).

Nedenstående figur viser graden af dødelighed ved henholdsvis direkte og indirekte selvskade metoder. Modellen er inspireret af og lånt fra bogen *At skære smerten bort* (Møhl, 2006, p. 33).

	Direkte selvskade	Indirekte selvskade
Høj dødelighed	Selv mord Enkelt episode Gentagne selvmordsforsøg Gentagne episoder	Situationel risikoadfærd Enkelt episode Højrisikoadfærd Anoreksi i sen fase Gentagne episoder
Medium dødelighed	Atypisk eller voldsom selvskade Enkelt episode	Akut voldsom beruselse Seksuel risikoadfærd Enkelt episode
Lav dødelighed	Hyppig selvskade (f.eks. cutting) Gentagne episoder	Kronisk stofmisbrug, bulimi Ustabil indtagelse af f.eks. psykofarmaka

Figur 1) Oversigt over forskellige typer selvskade inddelt efter dødelighed og hvorvidt de er direkte eller indirekte (Møhl, 2006, p. 33).

2.6 Selvskade metoder

2.6.1 Direkte selvskade metoder

Der findes en lang række af forskellige metoder, et individ kan anvende, hvis vedkommende agter at skade sig selv. De fem mest anvendte selvskade metoder på tværs af kønnene er: cutting i arme og ben, bide sig i mundhulen, kradse sig (til og ikke til blods), at slå sig selv og at brænde sig selv. Nogle andre selvskade metoder er bl.a. at tage skoldende varme bade, hive hår ud, nive sig selv og i den mest ekstreme ende af skalaen at skære kropsdele af (Briere & Gil, 1998, p.614; Møhl et al, 2014, p.14). Briere og Gil kom frem til, at deltagerne i deres undersøgelse tilsammen havde gjort brug af nedenstående 18 selvskade metoder:

Selvskade metode	N	%
Cutting: arme, ben	66	71
Bide, indersiden af munden	56	60
Kradse – med blod	55	59
Kradse – uden blod	53	57
Slå sig selv	41	44
Bide negle, neglebånd – med blod	40	43
Slå hånden ind i væg	40	43
Bide – andre steder end munden	34	37
Tage skoldende bade	33	35
Nive/ knibe sig selv	32	34
Brænde sig selv	29	31
Trække hår ud – hovedet	28	30
Stikke sig selv med instrument	18	19
Trække øjenbryns- eller øjenvippehår ud	16	17
Skære i genitalier	13	14
Trække kønshår ud	12	13
Meget varme lavementer	5	5
Skære kropsdele af	1	0

Figur 2) Oversigt over forskellige selvskade metoder (Briere & Gil, 1998, p. 614)

Der er desuden forskel på, hvilke metoder kvinderne og mændene vælger. En undersøgelse (N=643) udført af Møhl og kollegaer viste, at de kvindelige gymnasieelever i langt højere grad anvendte cutting, som selvskade metode i forhold til mændene (63,1 % vs. 25,9 %). I modsætning til dette var det at slå sig selv som selvskade metode langt foretrukket af mænd (63,8 % vs. 38,8 %) (Møhl et al, 2014, p. 14).

2.6.2 Indirekte selvskade metoder

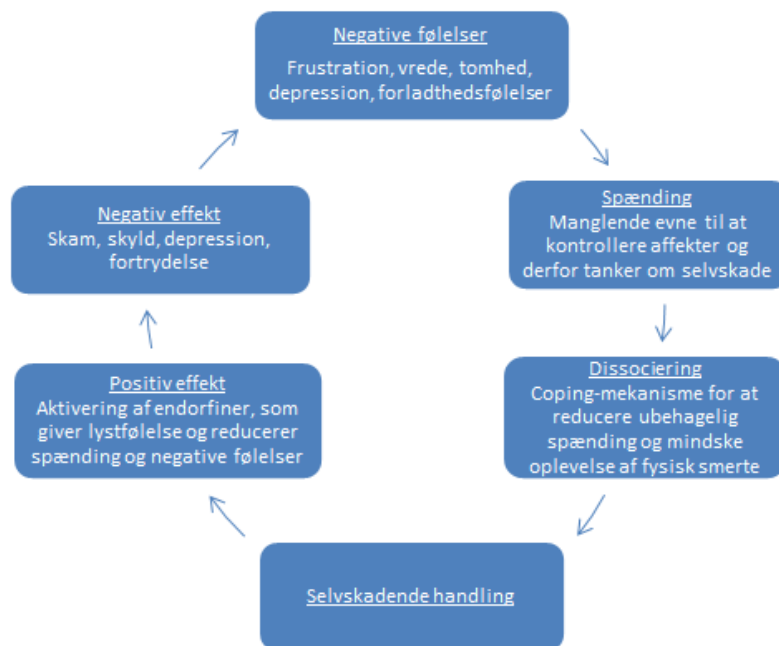
I forhold til de indirekte selvskade metoder, viste det sig, at 53,9 % af deltagerne i Møhl og kollegaers undersøgelse havde erfaring med indirekte selvskade. Her blev der registreret tre former for indirekte selvskade i samplet. Disse var 1) spiseforstyrrelser, 2) alkohol blackouts og 3) stofmisbrug. Det forholder sig ydermere således, at kvinderne i høj grad er dem, der får forekomsten af spiseforstyrrelseskategorien til at stige, imens flest mænd skader sig selv indirekte via alkohol blackouts og stofmisbrug. Den præcise procentvise fordeling ses i tabellen nedenfor (Møhl et al., 2014, p. 14):

	Kvinder	Mænd	Samlet
Spiseforstyrrelse	438 (28,2 %)	73 (7,6 %)	536 (20,4 %)
Alkohol blackouts	625 (40,4 %)	482 (48,5 %)	1174 (43,9 %)
stofmisbrug	105 (6,8 %)	140 (14,4 %)	262 (10,0 %)

Figur 3) Oversigt over indirekte selvskade metoder (N=2622) Møhl et al., 2014, p. 14)

2.7 Selvskadens onde cirkel

Desuden forholder det sig således, at selvbeskadigelsen ofte fungerer som en form for selvmedicinering i starten, men ikke sjældent bliver selvskaderen fanget i en ond cirkel, hvor vedkommende udvikler en afhængighed af selvbeskadigelsen. Denne afhængighed minder om en substansafhængighed. Den komplicerede proces som selvbeskadigelse kan illustreres således (Møhl, 2006, pp. 76-77):



Figur 4) Selvskadens onde cirkel. Processen starter typisk ved de negative følelser, men kan starte alle steder indenfor cyklusen (Møhl, 2006, p. 77).

3. Selvskade i en udviklingspsykologisk forståelsesramme

Det er vigtigt at opnå en forståelse af, hvorfor nogle individer udvikler selvskadende adfærd, imens andre ikke gør, for at kunne forstå selvskadende adfærd som fænomen. Denne forståelse kan findes i en række forskellige forståelsesrammer. Disse er blandt andre en miljøbaseret model, en drift model, en affektreguleringsmodel, en dissocieringsmodel og en interpersonel model (Suyemoto, 1998, p. 537). I denne afhandling anvendes affektreguleringsmodellen som forståelsesramme, idet denne stemmer bedst overens med det motiv de fleste selvskadere har for deres selvskadende adfærd, nemlig regulering af en indre emotionel tilstand (Se afsnit 6.1.)

3.1 Fonagys affektreguleringsmodel – den normale udvikling

Mentalisering skal ifølge Fonagy et al. (2007) forstås som evnen til at danne sig forestillinger omkring ens egne og andres mentale tilstande. Evnen til at mentalisere opstår, når barnets tilknytningsprocesser har været tilfredsstillende. Derfor ligger udviklingen og tilegnelsen af mentaliseringsevnen indenfor barnets tidlige sociale relationer. Ydermere er mentaliseringsevnen et yderst vigtigt element i selvorganiseringen og affektreguleringen (Fonagy et al.,2007, p. 33). Mentalisering omfatter således både et selvrefleksivt og et interpersonelt aspekt. Når disse to aspekter fungerer optimalt gør de individet i stand til at skelne mellem den indre og ydre virkelighed, mellem virkelighed og laden som om samt mellem mellemmenneskelig interaktion og intrapersonelle mentale processer (Fonagy et al.,2007, p. 41).

Perioden fra barnet bliver født og indtil 5. levemåned spiller en vigtig rolle i forhold til barnets forståelse af affekt. I denne periode har udvekslingen af affektive signaler, der finder sted ansigt til ansigt mellem barnet og dets primære omsorgsperson, stor betydning for barnets udvikling af dets mentaliserings- og affektreguleringssevne (Fonagy et al.,2007, p. 41).

Først når barnet når sin 6. levemåned nås det teleologiske stadie, som indebærer, at barnet begynder at blive i stand til at inddrage mål, som faktorer i fortolkningen af den adfærd, der sker. Dette betyder, at barnet begynder at blive i stand til at reagere på, hvis et menneskes eller et objekts adfærd er irrationel (Fongay et al.,2007, p 41). Dette viste en undersøgelse lavet af Gergely og Csibra fra år 1997. Børnene blev først vist en video, hvor en bold hopper over en forhindring for at komme hen til en anden bold. Bagefter blev børnene vist samme video igen, men denne gang uden forhindringen. Bolden hopper på vejen over til den anden bold trods den manglende forhindring og børnene udviste overraskelse over boldens irrationelle handling (Gergely & Csibra,1997, p. 448).

Det er bl.a. de teleologiske modeller der, hvis barnet har gennemlevet en tilfredsstillende tilknytningsproces, udvikler sig til egentlig mentalisering. Et individs mentaliseringsevne er fuldt udviklet i det øjeblik repræsentationer af fremtidige mål forstås, som et udtryk for ønsker hos den handlende. Dette skal ske samtidig med, at de reelle

begrænsninger opfattes ud fra den forestilling den handlende har om den fysiske verden (Fonagy et al.,2007, p. 42).

3.1.1 Den repræsentationelle afbildning

En faktor, der understøtter overgangen fra det teleologiske stadie via pretend modus og ækvivalens modus og over til de mentaliserende modeller er den repræsentationelle afbildning. Udviklingen af forståelse af affekt hos én selv, såvel som hos andre, er et godt eksempel på, hvad repræsentationel afbildning er. En moders spejling af et spædbarns følelser er med til at skabe ro og organisere oplevelsen, så barnet ”ved”, hvilken følelse, det har gennemlevet (Fonagy et al.,2007, p. 44).

Den sociale biofeedback model søger at forklare, hvordan spejlinteraktionen mellem barnet og dets primære omsorgsperson medfører, at barnet vokser op og bliver et selvregulerende individ. Tidligere var der en almindelig opfattelse af, at spædbørn i den første tid efter fødslen var passive, formløse og diffuse væsner, der blev beskyttet af en barriere, der holdt stimuli ude (f.eks. Mahler et al.,1975) (Fonagy et al.,2007, p. 153).

Nu er opfattelsen den, at spædbørn fødes med perceptuelle, læringsmæssige og repræsentationelle færdigheder. Ligeledes fødes de med en fornemmelse for de fysiske og sociale sammenhænge, de befinder sig i. Ydermere forholder det sig således, at mange, på baggrund af en række forskningsresultater, mener, at spædbørn fødes med de grundlæggende emotioner (glæde, vrede, frygt, tristhed, afsky og overraskelse) (Fonagy et al., 2007, p. 153).

Børn er desuden født med en tilbøjelighed til at udtrykke deres følelser via mimik, lyde og bevægelser. De er ydermere inden for deres første leveår:

- 1) i stand til at være opmærksomme på, om der er kontingens og struktur i den kommunikation, der foregår ansigt til ansigt
- 2) i stand til at skelne mellem og koble ansigtsudtryk og dertilhørende emotioner
- 3) i høj grad afhængige af det affektregulerende sammenspil med deres primære omsorgsperson for at kunne udvikle deres egen affektreguleringsmekanisme (Fonagy et al.,2007, p. 156).

Desuden er karakteren af barnets selv- og affektreguleringsmekanisme i høj grad præget af kvaliteten af den affektive kommunikation, den primære omsorgsperson har med barnet (Fonagy et al., 2007, p. 156).

I slutningen af det 1. leveår bliver barnet selv i stand til at kommunikere og skabe følelser hos andre mennesker (Fonagy et al., 2007, p. 157).

Opsummerende kan det siges, at der er fire funktioner, der varetages af de primære omsorgspersoners affektsamspil med barnet. Den første er det Fonagy og kollegaer kalder *sensibilisering*. Sensibilisering dækker over det faktum, at barnet qua samspillet med de primære omsorgspersoner bliver i stand til at registrere, gruppere og indikere dets emotionelle tilstande. Den anden funktion er *dannelse af repræsentation*. Dette indebærer, at barnet får grundlagt nogle repræsentationer af dets primære ikke-bevidste følelsetilstande. Den tredje funktion, *tilstandsregulering*, indebærer at barnet, qua de primære omsorgspersoners empatiske spejling af barnets negative affekter, opdager at det med sine emotionelle udtryk er i stand til at kontrollere en persons spejlingsadfærd og dermed gradvist kan regulere sine følelser. Den fjerde og sidste funktion er *kommunikation og mentalisering*. Denne funktion indebærer, at barnet via sine sekundære repræsentationer tilegner sig et kodeks af udtryk og følelser, som det kan forstå og kommunikere ud fra. Dette danner grundlaget for, at barnet udvikler en forestillingsbaseret mentalisering og kommunikation i forhold til dets affektive tilstande. Dette gør i sidste ende barnet i stand til at regulere og udtrykke sine følelser (Fonagy et al., 2007, pp. 194-195).

3.2 Fonagys affektreguleringsmodel - den afvigende udvikling

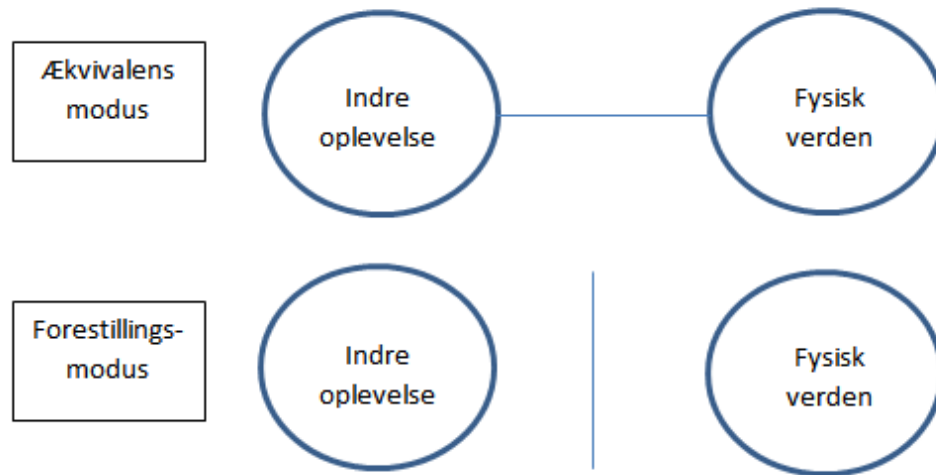
Der kan identificeres to typer af afvigende spejlingsstile, der i værste fald kan medføre patologiske konsekvenser i form af dårlig eller helt manglende mentaliseringsevne. De er som følger:

1. *Mangelfuld markering*: Tilfælde, hvor den primære omsorgsperson har identificeret den rigtig følelse hos barnet, men ikke evner at skabe en markeret spejling. Dette medfører, at barnet tolker følelserne som afsenderens og ikke

som sine egne, hvorfor erfaringen med følelsen ikke forankres i barnet (Fonagy et al., 2007, p. 186; Rubæk, 2009, pp. 60-61).

2. *Manglende kategorimæssig kongruens*: Tilfælde, hvor den primære omsorgsperson evner at skabe en markeret spejling, men gør det på en uens og kategorimæssig forvrænget måde. Den markerede spejling medfører, at barnet tilegner sig følelsen, men pga. den forvrængede kategori kan barnet ende med at have en forvrænget oplevelse og forståelse af sine egentlige følelser (Fonagy et al., 2007, p. 187; Rubæk, 2009, pp. 59-60).

En konsekvens af den afvigende udvikling af mentaliseringsevnen bliver derfor, at det pågældende individs udvikling bringes til standsning på det teleologiske stadie. En sådan standsning medfører som sagt, at mentaliseringsevnen ikke bliver korrekt udviklet og at vedkommende sidder fast i en præmentalistisk forståelsesramme. I dette stadie er barnets refleksive funktion, hvormed de indre oplevelser sættes i forbindelse med den fysiske verden, todelt i et *ækvivalens modus* og et *forestillingsmodus*. *Ækvivalensmodus* er kendetegnet ved, at når barnet ikke er i leg, men tænker seriøst over tingene, har barnet en forventning om, at den indre verden er i overensstemmelse med den fysiske verden. Derfor opstår der ofte en forvrængning af barnets subjektive oplevelse for at opnå denne overensstemmelse. *Forestillingsmodus* er der imod kendetegnet ved, at barnet f.eks. under leg har en forståelse af, at de indre oplevelser ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med den fysiske verden. Barnet opfatter trods dette sin indre tilstand som værende uden forbindelse til og betydning for den fysiske verden (Fonagy et al., 2007, p. 64, Rubæk, 2009, p. 55).



Figur 5) De to præmentalistiske modi som de opleves af barnet (Rubæk, 2009, p. 56).

Når udviklingen foregår normalt, vil disse to modi begynde at blive én integreret helhed ved omkring fem års alderen. Hermed begynder barnet at forstå, at adfærd kan tolkes ud fra mentale tilstande samt at mentale tilstande er foranderlige og til tider fejlagtige repræsentationer, idet de blot er baseret på ét enkelt perspektiv (Rubæk, 2009, p. 56).

Hvis udviklingen derimod stagnerer på det teleologiske plan forbliver barnet i en oplevelsesverden, der er præget af fysikalitet. Dette betyder, at den teleologiske oplevelse opstår og retfærdiggøres på baggrund af de ting, der umiddelbart kan ses i den fysiske verden (Fonagy et al., 2007, p. 215).

3.3 Selvbeskadigelse, mentalisering og behovet for et fysisk udfald

Ud fra denne udviklingspsykologiske forståelsesramme kan årsagen til, hvorfor nogle individer udvikler selvskadende adfærd, imens andre ikke gør, forstås som en effekt af en afvigende udvikling og som et behov for et fysisk udfald på individets indre tilstand. Der kan derfor argumenteres for, at den selvskadende adfærd opstår hos individer, der befinder sig på det præmentalistiske stadium og derfor ikke har udviklet deres mentaliseringsevne til fulde. Når disse individer oplever en indre følelsesstand, de ikke kan forstå og regulere, har de således et behov for at manifestere deres indre tumult fysisk. Dette behov opstår, fordi det teleologiske stadie indebærer en

ækvivalens mellem den indre og ydre verden, hvorfor den indre verden reguleres og retfærdiggøres i den ydre verden. På denne måde kan individet skabe overensstemmelse mellem sin indre og ydre oplevelsesverden og igen opnå følelsesmæssig ligevægt og få en fornemmelse af, at være sammenhængende og hel.

Behovet for det fysiske udfald kompliceres yderligere af, at disse individer, som sagt, ofte er præget af forvrænget eller manglende erfaring med identificering af følelser. Dette betyder, at de ikke i tilstrækkelig grad kan regulere deres mentale tilstand ved at tale om det. Derfor bliver konsekvensen igen, at ligevægten mellem det indre og det ydre må skabes via fysisk selvbeskadigelse.

3.4 Følelsesmæssig sårbarhed

Et andet perspektiv, der kan kaste lys over, hvorfor at nogle mennesker udvikler selvskadende adfærd, imens andre ikke gør, er *følelsesmæssig sårbarhed* (Linehan & Koerner, 1992, p. 436).

Følelsesmæssig sårbarhed udgøres af tre faktorer:

- 1) Individet har en stor følsomhed overfor emotionelle stimuli
- 2) Individet reagerer meget intenst følelsesmæssigt
- 3) Individet er lang tid om at falde ned til et neutralt følelsesleje igen (Linehan & Koerner, 1992, p. 436).

Stor følsomhed overfor emotionelle stimuli indebærer, at personen reagerer følelsesmæssigt på svage stimuli og at disse reaktioner kan skabe problemer for personen selv, såvel som for omgivelserne. For at en person ligeledes kan betragtes som værende intens i sine reaktioner kræver det, at den følelsesmæssige reaktionsstyrke er stor i forhold til den udløsende faktor. Disse reaktioner skaber ydermere tydelige konsekvenser i personens hverdag, idet tanker, handlinger og hukommelse påvirkes af dette. Sidst, men ikke mindst indebærer den langsomme tilbagevenden til et neutralt stemningsleje, at personen oplever, at de svære følelser udløses igen og igen, hvilket medfører, at følelsen opleves som automatisk og langtrukket. Dette resulterer ofte i, at individet er mere sårbar næste gang vedkommende står i en situation, hvor der bliver udløst følelser (Kåver & Nilsson 2004, p. 49).

Der argumenteres for, at et individ med en medfødt følelsesmæssig sårbarhed ofte

vil have en højere risiko for at udvikle selvskadende adfærd. Argumentet for dette er, at den selvskadende adfærd kan være med til at stoppe de svære følelser, som ellers ville være blevet udløst igen og igen, hvorfor erfaringen med effekten af selvbeskadigelsen kan udløse en decideret afhængighed. Ligeledes kan den langsomme tilbagevenden til et neutralt stemningsleje og den stigende sårbarhed medvirke til, at vedkommende bliver mere tilbøjelig til at udføre selvbeskadigelse i takt med, at følelserne bliver gradvist mere uhåndterlige.

Linehan (2004) forklarer desuden, at opvæksten i et invaliderende miljø kan være meget skadelig for individer med den førnævnte følelsesmæssige sårbarhed. Et invaliderende miljø er kendetegnet ved, at der ofte reageres fejlagtigt og uhensigtsmæssigt på vedkommendes tanker, følelser, oplevelser osv. Desuden er der i særdeleshed en tilbøjelighed til, at omgivelserne reagerer ufølsomt over for oplevelser, de ikke opfatter på samme måde, som de sårbare individer (Linehan, 2004, pp. 21-22).

Ydermere kan personer med en medfødt sårbarhed reagerer ekstremt i form af under- eller overreageren på oplevelser, der opfattes på samme måde af omgivelserne. Det invaliderende miljø bliver særligt problematisk for de følelsesmæssigt sårbare individer, idet konsekvensen ofte bliver, at individets følelser ikke bliver korrekt afstemt. Dette kan føre til, at individet ikke lærer at benævne og regulere sine følelser. I tillæg hertil lærer disse individer ikke at udholde svære følelsestilstande eller at stole på gyldigheden af deres egne følelser (Linehan, 2004, pp. 21-22).

Den manglende evne til at forstå, udholde og regulere følelser sætter antageligt individet i højere risiko for at udvikle selvskadende adfærd, idet individet må tilegne sig strategier, der kan gøre det for dem. Her viser den selvskadende adfærd sig yderst effektiv.

4. Selvskade – en biologisk base?

På trods af at selvskadende adfærd i stor udstrækning er en adfærdsmæssig lidelse, er der noget der peger i retningen af, at selvbeskadigelsen også kan have en base i en biologisk forståelsesramme.

Som tidligere nævnt (Jf. afsnit 2.4) forholder det sig således, at selvbeskadigelse og selvmordsadfærd er to forskellige ting, men alligevel forbundet, idet der er en høj komorbiditet imellem disse. Dette peger i retningen af, at de måske deler en fælles

biologisk base (Sher & Stanley, 2009, p. 99). Derfor fokuserer dette afsnit på en biologisk forståelse af selvskadende adfærd.

4.1 Opiater

Studier viser, at der kan være en sammenhæng mellem niveauet af endogene opiater og selvskadende adfærd. Opiat mangel kan opstå, hvis et individ f.eks. har været udsat for misbrug, omsorgssvigt eller tab i barndommen. Selvskadende personer har ofte været udsat for traumatiske hændelser, hvorfor de kan have et ændret, nulstillet eller en permanent lavt niveau af opiater (Sher & Stanley, 2009, pp. 100-101).

Selvskaderne kan også være i den situation, at de har vænnet sig til at have et højt niveau af opiater pga. gentagende fysisk smerte ved fysisk og/eller seksuelt misbrug. Den selvskadende adfærd kan da tjene to formål:

- 1) at højne det lave niveau af opiater hos individet
- 2) at genskabe det høje niveau af opiater, som vedkommende har vænnet sig til pga. fysisk vold og/eller seksuelt misbrug (Sher & Stanley, 2009, pp. 100-101).

Ovenstående antagelser støtter Coid et al. (1983) studie. Coid og kollegaer sammenlignede niveauet af plasma metenkephalin, som er et opiat, hos selvskadende og ikke-selvskadende individer (N= 10). De fandt frem til, at de fem undersøgelsesdeltagere, der havde udvist selvskadende adfærd, havde et signifikant højere niveau af plasma metenkephalin sammenlignet med de ikke-selvskadende deltagere (Coid et al., 1983, pp. 445-446).

Der er i flere studier (bl.a. Schmauss, 1987) desuden fundet en sammenhæng mellem et højt opiat niveau, smerteløshed og generel forandret smerteperception (Sher & Stanley, 2009, p. 101).

Hvis et individ har et højt niveau af opiater i kroppen kan det antageligt betyde, at vedkommende ikke oplever smerte ved selvbeskadigelsen. Dette kan besværliggøre behandlingen af den selvskadende adfærd, idet selvskaderen udelukkende oplever en positiv effekt af selvbeskadigelsen og dermed kan have manglende motivation til at stoppe adfærden.

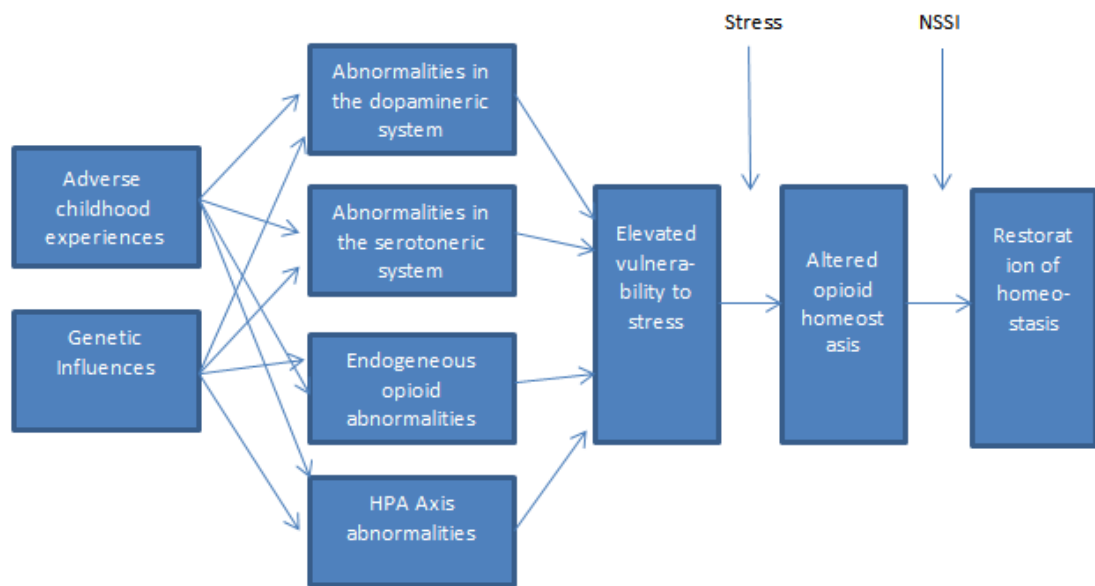
4.2 Serotonin

Weld og kollegaer påviste i år 1998 en sammenhæng mellem selvskadende adfærd og serotonin niveauet hos rhesus aber. Undersøgelsen blev udført på ni rhesus aber, der udviste selvskadende adfærd ved at bide sig selv så alvorligt, at de skulle syes. Undersøgelsen bestod af tre faser: 1) én uge med placebo medicin, 2) 21 dage med serotonin behandling og 3) én uges placebo medicin. Resultaterne viste, at aberne ikke bed sig selv i de 21 dage, hvor de modtog serotonin behandling. De bed derimod sig selv både før og efter de 21 dages behandling (Weld et al., 1998, pp. 315-316). Disse resultater peger i retningen af, at der kan være en sammenhæng mellem serotonin mangel og selvskadende adfærd. Dog er det vigtigt at være opmærksom på, at disse resultater ikke nødvendigvis er direkte overførbare til mennesker, hvorfor dette kræver yderligere forskning.

5. Opsummerende diskussion af den udviklingspsykologisk og biologiske forståelsesramme

Ud fra ovenstående afsnit synes der at være et grundlag for at antage, at den biologiske base sammen med en anormal udvikling af mentaliserings- og affektregulerings evnen, kan være udslagsgiven for, hvorvidt et individ udvikler selvskadende adfærd eller ej.

Sher og Stanley (2009, p. 107) fremlægger en model, der både inkorporerer den udviklingspsykologiske og den biologiske forståelsesramme. Modellen går på, at barnet har ét af to udgangspunkter. Dette er enten 1) en anormal opvækst, som f.eks. utilstrækkelig spejling eller 2) en biologisk påvirkning, som f.eks. medfødt følelsesmæssig sårbarhed. Dette kan medføre en række biologiske konsekvenser (se figur 6), som gør barnet mere sårbar overfor stress. Når en stressende hændelse indtræffer, kommer opiat niveauet ud af balance. Selvbeskadigelsen udvikles derfor, som en reaktion på dette, i et ubevidst forsøg på at genoprette det oprindelige opiat niveau.



Figur 6) Biologisk og udviklingspsykologisk forståelsesmodel over selvskadende adfærd (Sher & Stanley, 2009, p. 107)

Det synes således vigtigt, at være opmærksom på, hvorvidt selvskaderen har en biologisk ubalance, da dette kan øge risikoen for, at individet udvikler et afhængighedsforhold til selvbeskadigelsen. Dette kan besværliggøre det terapeutiske behandlingsforløb.

6. Forståelsen af og motiver for udøvelsen af selvbeskadigelse

For at være i stand til at forstå og behandle selvskadende adfærd er det vigtigt først at have en grundlæggende forståelse af, hvilke funktioner den selvskadende adfærd tjener.

Der har i mange år været en del forskellige teorier om, hvorfor folk udøver selvskadende adfærd. De fleste af disse forklaringsmodeller har udelukkende fokuseret på den negativt betingede del af selvskadende adfærd. Det er svært at nå frem til én forklaringsmodel, der kan dække alle individer, da disse ofte har mange og relativt forskellige årsager til deres selvskadende adfærd (Nixon & Heath, 2009, p.31). I et forsøg på at imødekomme dette problem, udviklede Nixon og Heath en fire faktor model, som er funderet i tidligere teoretisk og forskningsmæssig viden (Nixon & Heath,

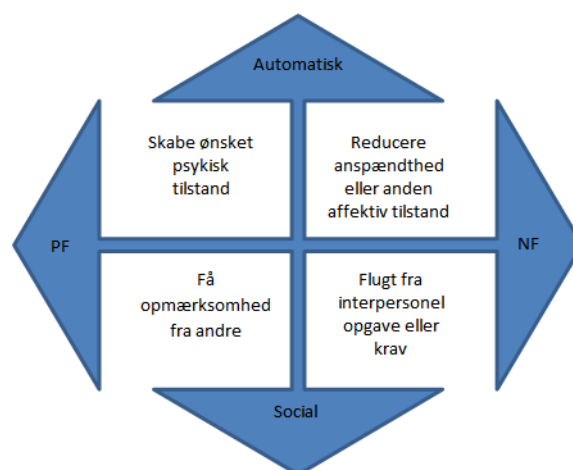
2009, p. 33).

Dette afsnit præsenterer derfor først fire faktor modellen, som et teoretisk og empirisk understøttet bud på en forståelsesramme. Dernæst behandles den selvskadende adfærd ud fra to underliggende forståelsesrammer. Disse er selvskade som affektregulering og selvskade som en effekt af selvkritik og selvhad. Dette gøres for bedst at besvare afhandlingens problemfelt. Derfor præsenteres alternative forståelsesrammer, såsom traumemodellen, grænsemodellen, og mulige biologiske forklaringer på den selvskadende adfærd bevidst ikke.

6.1 Fire faktor modellen – en overordnet forståelsesramme

Fire faktor modellen er en model, der søger at give et overordnet billede af, hvilke motiver, der kan være for at udøve selvskadende adfærd. Modellen placerer motiverne i to dimensioner. Disse dimensioner er:

- 1) Forstærkning af den negative (efterfulgt af fjernelsen af ubehagelig stimuli eller hændelse) og den positive adfærd (efterfulgt af en favorabel stimulus eller hændelse)
- 2) Automatiske (intrapersonel) eller sociale (mellemmenneskelige) konsekvenser (Nixon & Heath, 2009, p. 33).



Figur 7) Billedlig fremstilling af fire faktor modellen over selvskadende adfærd. PF: Positiv forstærkning, NF: Negativ forstærkning (Nixon & Heath, 2009, p. 34)

6.1.1 Automatisk negativ forstærkning

Den automatiske negative forstærkning henviser til, når et individ anvender selvskade til at fjerne eller reducere én eller flere uønskede kognitioner eller emotionelle tilstande. Dette kan f.eks. være for at løsne op for en anspændthed eller for at distrahere sig selv fra nogle tanker. Sagt på en anden måde tjener den automatiske negative forstærkning således det formål at regulere selvskaderens indre tilstande (Nixon & Heath, 2009, p. 33). Det er denne form for affektreguleringsfunktion, der oftest bliver henvist til, som motiv for selvskade. Dette ses bl.a. i Briere og Gils undersøgelse, hvor de fandt frem til, at de tre mest forekommende motiver for den selvskadende adfærd var distrahering fra smertefulde følelser, stresshåndtering og at slippe af med vrede (Briere & Gil, 1998, p.615).

6.1.2 Automatisk positiv forstærkning

Den automatiske positive forstærkning lægger som motiv for den selvskadende adfærd, når et individ skader sig selv med hensigten at vække en bestemt følelse i sig selv. Ofte beskrives dette motiv for udøvelsen af selvskade som ”bare for, at føle noget” (Nixon & Heath, 2009, p. 35). I en undersøgelse, hvor der blev fundet 30 forskellige motiver for selvskadende adfærd, faldt syv (23,3 %) af disse ind under kategorien ”at vække en bestemt følelse” (Briere & Gil, 1998, p. 615).

Desuden viser kliniske cases, at behandlere bør være opmærksomme på, at en selvskader, der først har brugt selvskade, som en automatisk negativ forstærkning med tiden kan skifte over til at bruge selvskade som en automatisk positiv forstærkning (Nixon & Heath, 2009, p 33).

Årsagen til dette kan antageligt være, at der opstår en form for afhængighed af de ønskede følelsesmæssige tilstande selvskaden kan frembringe.

6.1.3 Social negativ forstærkning

Denne kategori refererer til, når den selvskadende adfærd bruges som en flugt fra mellemmenneskelige krav og opgaver. Dette kan f.eks. være, hvis individet gerne vil slippe for at udføre en bestemt ting – f.eks. at gå i skole eller på arbejde. Det kan også være for at få andre til at stoppe med deres forehavende, såsom at få forældre der skændes til at stoppe (Nixon & Heath, 2009, p. 35). Det forholder sig således, at

ud af et sample bestående af 293 teenagere rapporterede 188,3 individer, at de havde haft motivet *social negativ forstærkning* som baggrund for deres selvskadende handlinger. Dette svarer således til 64 % af samplet, der angiver dette motiv (Lloyd-Richardson, 2007, p. 1189).

6.1.4 Social positiv forstærkning

Når et individ har *social positiv forstærkning* som motiv for sin selvskade betyder det, at vedkommende skader sig selv for at få opmærksomhed fra andre eller for at opnå en form for social ressource. Dette kan bl.a. være for at ”fortælle” andre, hvordan individet har det eller for at få terapeuten til at gøre eller føle noget bestemt (Nixon & Heath, 2009, p. 35). Ifølge Lloyd-Richardson og medarbejderes undersøgelse af motiver for selvskadende adfærd hos teenagere viser det sig, at deres motiv for selvskaden næsten lige så ofte falder indenfor kategorien *social positiv forstærkning*, som den falder indenfor kategorien *automatisk negativ forstærkning* (Lloyd-Richardson et al., 2007, p. 1188).

Nedenstående tabel giver et indblik i nogle af de mest rapporterede motiver til selvskadende adfærd sat op efter, hvilken faktor i fire faktor modellen de falder ind under:

Automatisk negativ forstærkning	Automatisk positiv forstærkning	Social negativ forstærkning	Social positiv forstærkning
<ul style="list-style-type: none"> • Slippe af med vrede • Stoppe skyldfølelse • Distrahering fra minder • Distrahering fra smertefulde følelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Føle ens krop er ægte • Føle kontrol over andre • Føle sig levende • Selvstraf • Fremkalde afslappethed 	<ul style="list-style-type: none"> • For at undgå at gøre ting man ikke vil • For at undgå straf • For at undgå at være sammen med folk 	<ul style="list-style-type: none"> • For at vise indre tilstande • Få opmærksomhed, bede om hjælp • Føle sig mere som en del af en gruppe

Figur 8) Oversigt over motiver for selvskade delt ind under faktorerne fra fire faktor modellen (Briere & Gil, 1998, p.615; Lloyd-Richardson et al., 2007, p. 1189)

6.1.5 Diskussion af fire faktor modellen

Ovenstående model skaber således et billede af et to-dimensionelt spektrum, som en selvskadende person kan ligge indenfor. Forskning viser, at den mest rapporterede grund til selvskadende adfærd, er opnåelse af lettelse fra en emotionel tilstand (automatisk negativ forstærkning) (Briere & Gil, 1998, p. 615). Denne er skarpt efterfulgt af motivet social positive forstærkning (Lloyd-Richardson et al., 2007, p. 1188).

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at hver enkelt selvskader har sin egen individuelle årsag til, hvorfor vedkommende skader sig selv. I forbindelse med behandling af en selvskader er det derfor vigtigt at undersøge til bunds, hvad lige netop dette individs motiver er.

Desuden er det vigtigt at være opmærksom på, at det kan forekomme, at selvskadere enten ikke er klar over sit motiv eller af forskellige årsager forsøger at skjule den egentlige årsag. Dette støtter Lloyd-Richardson et al. undersøgelse, der har vist, at folk der lider af mild selvskadende adfærd (sammenlignet med de, der lider af alvorlig selvskadende adfærd) kan have en tendens til at nægte, at årsagen til, at de skader sig selv er ét af de mest gængse årsagsmotiver (Lloyd-Richardson et al., 2009, p. 1188). Dette kan besværliggøre behandlingsprocessen.

Ydermere kan et udrednings- og behandlingsforløb kompliceres af, at der kan være flere årsagsmotiver på spil samtidig (Suyemoto, 1998, p. 531).

6.1.1.1 Funktionerne af selvskadende adfærd – generaliserbarhed i forskellige populationer?

Det er vigtigt at være bevidst om, at selvom statistikken viser, at automatisk negativ forstærkning (Briere & Gil, 1998, p. 615) og social positiv forstærkning (Lloyd-Richardson et al., 2007, p. 1188) er de to motiver, der oftest bliver rapporteret, er det ikke ensbetydende med, at den person behandleren sidder overfor falder indenfor disse kategorier.

Det er endnu ikke blevet undersøgt til bunds, hvorvidt funktionen af den selvskadende adfærd ændrer sig i takt med de forskellige udviklingsfaser. Dette gælder også i forhold til om motiverne er forskellige alt efter referencegruppens karakteristika (klinisk sample, individer med en personlighedsforstyrrelse osv.). Desuden er der ingen dybdegående undersøgelser omkring, hvorvidt selvskaderens motiv(er) ændrer sig i

takt med, at vedkommende opnår større erfaring med at skade sig selv. Sidst, men ikke mindst findes der ingen stålfast empiri i forhold til om der er en sammenhæng mellem motiv og adfærdens udvikling i form af debutalder, fastholdelse osv. (Nixon & Heath, 2009, p. 36).

Dette betyder således, at det er svært at fastslå, hvorvidt forskningsresultater kan betragtes som generaliserbare til selvskadere med andre karakteristika end de undersøgte.

Det ser imidlertid ud til, at den spæde forskning indenfor dette område peger i retningen af, at der sker en ændring i motiver for den selvskadende adfærd i takt med, at selvskaderen bliver ældre.

108 teenagere med selvskadende adfærd deltog i en undersøgelse med henblik på at finde frem til deres bevæggrunde. Resultatet blev, at 83,5 % af deltagerne rapporterede at have automatisk negativ forstærkning blandt deres motiver for at skade sig selv (Nock & Prinstein, 2004, p. 886, p. 888). Lignende resultater blev fundet af Kumar og medarbejdere blandt et klinisk sample bestående af 50 teenagere (Kumar et al., 2004, pp. 831-833).

Det forholder sig ydermere således, at blandt selvskadende teenagere er motiver af social karakter (social negativ og positiv forstærkning) lige så ofte til stede som den automatiske negative forstærkning (Lloyd-Richardson, 2007, p. 1188).

En årsag til dette kan være, at teenagere er i en del af deres liv, hvor de ofte læner sig meget op af deres netværk. Det betyder meget for de unge at blive respekteret, passe ind og blive forstået. Desuden synes det ofte at være således, at teenagere er særligt let påvirkelige af deres netværk (Steinberg & Silverberg, 1986, pp. 845-848).

Blandt de voksne selvskadere ses det også, at affektregulering (automatisk negativ forstærkning) er det mest forekomne motiv (Gratz, 2003, p. 202). Desuden peger præliminær forskning på, at der blandt voksne selvskadere kan være en højere forekomst af motivet automatisk positiv forstærkning end blandt de andre aldersgrupper af selvskadere. Årsagen til dette kan være, at voksne bruger selvbeskadigelsen til at vække en følelse af vitalitet (Hass & Popp, 2006, pp. 14-15).

Hermed kan det ses, at det som forsker i og behandler af selvskadende adfærd i vid udstrækning er vigtigt at være opmærksom på, hvilket livsstadie selvskaderen befinder sig i og hvilke faktorer og motiver, der særligt gør sig gældende for denne gruppe og dette enkelte individ.

6.2 Affektregulering

Som set i afsnit 6.1.1 er affektregulering én af de mest forekomne årsager til og funktioner af selvskade. Den selvskadende adfærd kan i dette perspektiv forstås som en måde, hvorpå individet kan regulere sine følelser og andre indre tilstande således, at de ikke overvælder vedkommende fuldstændig. Selvbeskadigelsen kan også bruges til at opretholde individets selvfølelse og følelse af kontakt til omverdenen. Da affektreguleringsmodellen udspringer af ego-psykologien, forstås den selvskadende adfærd derfor som et behov for at udtrykke og styre emotioner og behov (Suyemoto, 1998, p. 542).

Sagt på en anden måde, kan selvskade ses som en copingstrategi, der opstår på baggrund af individets manglende evne til at regulere følelser, reducere spænding, tolerere stress samt for at opnå og fastholde selvkontrol (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p. 757). Rubæk forklarede det således:

”Selvskadende personer har svært ved at identificere følelser, og de mangler ord til at beskrive dem. De kan fysisk mærke en følelse, men de kan ikke kende forskel på om de er glade, kede af det eller bange. De har en fornemmelse af, at følelserne hober sig op i kroppen. Det kan opleves som en ballon, der vokser og vokser. Når de skærer i sig selv og ser blodet løbe, føler de, at der går hul på ballonen, og så får de afløb”(Rubæk if. Søndergaard, 2007, p. 30).

Desuden forholder det sig således, at teenagere befinder sig i et stadie af deres liv, hvor deres evne til at sætte ord på deres følelsesliv, ofte ikke er fuldkomment udviklet. Manglen på muligheden for, at affektregulere verbalt kan gøre, at de anvender selvskaden som en fysisk affektregulator. Dette kan muligvis være én af flere forklaringer på, hvorfor debutalderen for selvskadende adfærd ofte ligger i de tidlige teenageår (Sommerfeldt & Skårderud, 2009, p. 757; American psychiatric association, 2013, p. 804). (Jf. afsnit 2.2).

Suyemoto forklarer yderligere, at selvskaden kan føles som nødvendig for at have et fysisk bevis på ens lidelse samt for at retfærdiggøre og regulere sine følelser (Suyemoto, 1998, p. 543).

Der synes at være empirisk belæg for forståelse af selvskade som en affektregulator, idet flere studier viser, at deltagerne specifikt reducerede følelser af vrede rettet imod

sig selv, såvel som andre, angst, tomhed, psykisk smerte, ensomhed og tristhed vha. selvbeskadigelsen. Ydermere kan selvskaden også regulere tilstande forbundet med følelse af lettelse (Briere & Gil, 1998, p. 618; Kemperman et al., 1997, p. 155).

På trods af at den selvskadende adfærd medfører psykisk lindring for individet og det hele føles bedre for en stund, så er virkningen kun kortvarig. Ofte er følelsen af lettelse efterfulgt af en øget skamfølelse (Briere & Gil, 1998, p. 616). Som en konsekvens af endnu stærkere og mere u håndterlige følelser stiger trangen til selvbeskadigelse yderligere og en ond cirkel er begyndt (Jf. afsnit 2.7).

6.3 Selvhad, selvkritik og selvstraf

En stor del af alle selvskadende individer er karakteriserede ved at være voldsomt selvkritiske og nærer et stort had til dem selv. Dette medfører som oftest, at de ligeledes har et stort behov for at straffe dem selv (Møhl, 2006, p. 67). Der er store mængder af empirisk materiale, der støtter op under selvstraf som motiv (Briere & Gil, 1998; Nock & Prinstein, 2004; Favazza & Conterio, 1989). Særligt fandt Briere og Gil i deres undersøgelse, at 83 % af deres deltagere havde udøvet selvskade for at straffe sig selv (Briere & Gill, 1998, p. 615). Seks år senere fandt også Nock og Prinstein empirisk belæg for, at selvskaden kan være motiveret af et behov for selvstraf, idet 31,8 % af deres undersøgelsesdeltagere rapporterede selvstraf som motiv (Nock & Prinstein, 2004, p. 888).

Forholdet mellem selvskadende adfærd og selvkritik er blevet undersøgt af blandt andre Gilbert et al. (2010). Samplet bestod af 73 ikke-psykotiske kliniske patienter. Undersøgelsens resultater viste, at der var en signifikant sammenhæng mellem den selvskadende adfærd og de underliggende aspekter af selvkritik, såsom selvhad og ønsket om at straffe sig selv (Gilbert et al., 2010, p. 569).

Gilbert et al. (2010) understreger desuden, at følelser af skam, underdanighed, depression og angst ligeledes har en stærk sammenhæng med selvkritik og selvskadende adfærd (Gilbert et al., 2010, p. 570).

Holdes ovenstående sammen danner der sig et billede af, at selvskadende individer ofte har en høj grad af selvkritik og selvhad, som sætter dem i højere risiko for at udvikle selvskadende adfærd (Se afsnit 9.4).

Sidst, men ikke mindst synes der at være en sammenhæng imellem den selvskadende adfærd og individets grad af selvtillid og mindfulness. Et pilotstudie udført af Lundh

og kollegaer fandt, at 51 ud af 123 deltagere havde skadet sig selv mere end én gang i deres liv. Ved en sammenligning fandt Lundh og kollegaer frem til, at disse 51 deltagere havde lavere selvtillid og en lavere grad af opmærksomhed på og bevidsthed om nuet end resten af deltagerne (Lundh et al., 2007, p.38).

Opsummerende synes der at være grundlag for at sige, at individer med en høj grad af selvkritik, selvhad, lav selvtillid og/eller dårlig mindfulness evne er i større risiko for at udvikle selvskadende adfærd på et tidspunkt i deres liv.

7. State of the art: Dokumenteret effektfulde terapiformer til behandling af selvskadende adfærd

På trods af, at selvskadere er en population, der er svær at behandle og den forholdsvis høje forekomst af selvskadende individer, findes der ikke megen viden omkring, hvorledes selvskadende adfærd behandles med effektivt (Hazell et al., 2009, p. 662; Plener et al., 2010, p. 59; Federici & Wisniewski, 2013, p. 323; James et al, 2008, p. 150).

Dette afsnit søger derfor at give et overblik over den eksisterende viden omkring behandlingen af selvskadende adfærd. Grundet rammerne for afhandlingen omhandler dette afsnit udelukkende terapiformerne: Kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi. Overblikket gives ved at klarlægge de overordnede idéer bag terapiformerne, gennemgå effekten af terapierne og via en diskussion af nogle af de særegne teknikker indenfor terapiformerne for at forsøge at validere de fundne effektstørrelser.

Disse tre interventionsmetoder er udvalgt, idet de alle kan forstå selvskadende adfærd ud fra affektreguleringsmodellen. Kognitiv adfærdsterapi og dialektisk adfærdsterapi er ydermere udvalgt, idet der i mit 9. semesters projekt blev fundet belæg for disses effekt, imens mentaliseringsbaseret terapi er valgt, idet den stemmer godt overens med teorien om den dårlige eller manglende mentaliseringsevne (Jf. afsnit 3.2).

Afsnittene om terapiformernes effekt er baseret på databasen PsycInfo og dennes

underliggende databaser. Denne begrænsning er sat, da hensigten ikke er at lave et systematisk review over effekterne, men blot at skabe et overblik over nogle af de effektstudier, der findes.

7.1 Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

7.1.1 Den overordnede idé

Beck udviklede den kognitive adfærdsterapi med henblik på behandling af depression. KAT har fokus på nutiden, hvilket betyder, at den har til hensigt at behandle de aktuelle problematikker i klientens liv via ændring af dysfunktionelle tanke- og adfærdsmønstre (Beck, 2011, pp. 21-22; Mørch & Rosenberg, 2005, p. 18). KAT består af tre forskellige behandlingsprincipper:

- En indsigtsgivende strategi
- En pædagogisk strategi
- En problemløsnings- og mestringsstrategi (Mørch & Rosenberg, 2005, p. 30).

Den indsigtsgivende strategi har til hensigt at hjælpe klienten til at opnå et øget kendskab til sine egne tankemønstre og hvilken indflydelse disse har på problematikkerne. Den pædagogiske strategis mål er at give patienten en større viden omkring dennes psykiske lidelse. Desuden sigter denne strategi imod, at klienten opnår et større kendskab til rationale bag KATs metoder. Ligeledes sigtes der imod, at klienten lærer at mestre disse metoder. Problemløsnings- og mestringsstrategien indebærer, at klienten tillærer sig nye copingstrategier til at løse sine problemer fremfor dennes nuværende strategi (Mørch & Rosenberg, 2005, p. 30). Dermed bliver det således den selvskadende adfærd, der er klientens nuværende strategi, der skal aflæres til fordel for en ny og ikke skadelig copingstrategi.

KAT er bygget op omkring den kognitive model. Den kognitive model er idéen om, at mennesket til hver en tid er i gang med at fortolke og skabe sin virkelighed. Dette gøres ud fra tankerne, følelserne og adfærden. Disse har et interagerende forhold og påvirker således hinanden (Beck, 2011, p. 223).

Indenfor den kognitive model lægges der vægt på de faktorer, der skaber, opretholder og forstærker en psykisk lidelse (Mørch & Rosenberg, 2005, p. 23).

Derfor bør et KAT behandlingsforløb med en selvskadende klient altid have fokus på de faktorer, der skaber, opretholder og forstærker individets selvskadende adfærd, idet det ellers kan vise sig noget nær umuligt at gøre op med selvbeskadigelsen.

Den kognitive model er desuden bygget op omkring en række grundbegreber. Disse er *skemata, dysfunktionelle tanker og antagelser, modus. samt negativ automatisk tænkning og forvrængning* (Mørch & Rosenberg, 2005, p. 24). Af hensyn til rammerne for denne afhandling gennemgås udelukkende de mest relevante:

- *Skemata* forstås, som de strukturer og mønstre, der aktiveres i forbindelse med en speciel situation. Skemata er afgørende for, hvordan et individ forholder sig til stimuli og udgør derfor en form for filter, der lægges over de informationer individet perciperer.
- *Dysfunktionelle¹ tanker og antagelser* er tanker og antagelser, der er betingede af, hvilke skemata, der er aktive samt af hvilke forhold, der gør sig gældende i individets tilværelse. De minder om skemata, men er mindre rigide og dermed nemmere at ændre.
- *Negativ automatisk tænkning* er en form for understrøm af negative tanker hos et individ. Disse tanker forekommer automatisk og er situationsbundne. De er helt afgørende for, hvorledes et individ handler i og oplever en bestemt situation.

7.1.2 Effekt

Søgningen i PsycInfo resulterede i 22 hits. En gennemgang af disse 22 hits afslørede, at fire af disse undersøgte KATs reelle effekt på selvskadende adfærd.

Det første studie blev udført af Oldershaw og kollegaer i år 2012. Her undersøgte de KATs effekt på selvskadende teenageres evne til at tage beslutninger. Der var i alt 55 deltagere i alderen 12-18 år (Oldershaw et al., 2012, p. 256). Deltagerne blev delt op i tre grupper 1) en behandlingskrævende gruppe, der modtog KAT, 2) en behand-

¹ Da værket ikke selv definerer det dysfunktionelle gøres det her. Ifølge Oxford Dictionary of Psychology (p. 232) defineres dysfunktionel som værende noget, der ikke fungerer normalt eller på en hensigtsmæssig måde. Hvorfor dysfunktionelle tanker og antagelser må forstås som tanker og antagelser, der ikke fungerer normalt og/eller ikke er hensigtsmæssige.

lingskrævende gruppe, der ingen behandling modtog og 3) en sund kontrolgruppe. Der blev foretaget målinger ved behandlingens start og 3-5 måneder senere (varierende fra deltager til deltager) (Oldershaw et al, 2012, p. 257). Resultaterne viste, at behandlingen havde haft en effekt, idet deltagerne havde signifikant færre selvskade episoder efter behandlingen i forhold til før behandlingen. Før behandlingsstart havde 21 deltagere skadet sig i måneden op til behandlingsstart, imens dette tal var faldet til 14 deltagere, der havde udøvet selvbeskadigelse i måneden efter behandlingens afslutning. Det forholdte sig desuden således, at deltagerne præ-terapi i gennemsnit havde 4,5 selvskade episoder pr. måned, imens de post-terapi havde 2,5 selvskade episoder pr. måned (Oldershaw et al., 2012, p. 260).

Det har ud fra de oplyste data været muligt at udregne effektstørrelsen for korttidseffekten af behandlingsforløbet, hvilken blev $d=0,32$, hvilket tyder på en lav effekt. En undersøgelse udført af Tyrer og medarbejdere i år 2003 kunne afsløre lignende, om end ikke-signifikante resultater. Studiet undersøgte KATs effekt på selvskadende adfærd sammenlignet med deltagernes vanlige behandling. (Tyrer et al., 2003, p. 969). Der deltog i alt 480 personer i undersøgelsen (Tyrer et al., 2003, p. 971). Deltagernes alder oplyses ikke. Det har ud fra data i artiklen desværre ikke været muligt at udregne effektstørrelsen. Behandlingsforløbet varede i 12 måneder. Indenfor de 12 måneder var der 39 % af de deltagere, der modtog KAT, der skadede sig, sammenlignet med 46 % af de deltagere, der modtog deres vanlige behandling (Tyrer et al., 2003, p. 972). Dermed synes der at være tegn på, at KAT kan være med til at mindske et individs selvskadende adfærd.

Et studie udarbejdet af Taylor og kollegaer i år 2011 støtter op omkring, at KAT synes at have kunne en minimerende effekt på selvskadende adfærd.

Deres studie undersøgte effekten af KAT på selvskadende teenagere. Der deltog i alt 25 teenagere i undersøgelsen. Deltagerne var mellem 12-18 år gamle (Taylor, et al., 2011, p. 620). Efter endt behandlingsforløb kunne det ses, at behandlingen havde haft en positiv effekt, idet frekvensen af selvskade episoder havde ændret sig signifikant til det bedre. Desuden havde mængden af selvskade episoder også ændret sig, idet der blev rapporteret om signifikant flere selvskade episoder før behandlingen end efter, helt præcist var gennemsnittet af selvskade episoder faldet med 2,7. Ved opfølgingsmålingen tre måneder senere var dette gennemsnit faldet med yderligere 0,4 (Taylor et al, 2011, pp. 623-624).

Sidst, men ikke mindst, fandt Slee et al.(2008) lignende tendenser. Deres undersøgelse inkluderede 90 selvskadende individer i alderen 15-35 år (Slee et al., 2008, pp. 202-203). Undersøgelsen viste, at mængden af selvskadeepisoder fra start og til ni måneder senere var faldet fra 14,42 til 1,18, hvilket svarer til en reduktion på 91,9 %. Dette tal står i modsætning til behandling som vanligt, hvor mængden af selvskade episoder ”kun” var faldet med 60,6 % (Slee et al, 2008, p. 207)

Dermed synes der at være belæg for at antage, at et forløb med KAT kan være med til at mindske et individs selvskadende adfærd.

7.1.3 Teknikker

Indenfor KAT er der en række teknikker. Hvis disse teknikker tænkes ind i forståelsen af selvskadende adfærd som affektregulator ses der en overensstemmelse imellem disse. Dette kan være med til at støtte antagelsen om, at KAT kan have en positiv effekt på selvskadende adfærd. Her findes der bl.a. en del teknikker, der tager højde for det interagerende forhold, der er mellem krop, følelser og adfærd.

En af disse teknikker er bl.a. *kognitiv konceptualisering*. Denne teknik går ud på, at terapeuten og klienten sammen gennemgår en hændelse, hvor klienten har valgt en uhensigtsmæssig copingstrategi, som reaktion på hændelsen. Via kognitiv konceptualisering gøres klienten bevidst om sammenhængen mellem det mentale og fysiske for derigennem at kunne ændre sin uhensigtsmæssige copingstrategi (Beck, 2011, pp. 57-58).

Ses selvbeskadigelsen som en affektregulator, argumenteres der for at kognitiv konceptualisering både er et vigtigt og effektivt redskab i behandlingen af selvskadere. Årsagen til dette er, at klienten bliver bevidst om forholdet mellem følelser og adfærd og hvilken betydning dette har for trangen til selvbeskadigelse. På baggrund af denne viden bliver selvskadere med tiden i stand til at tilegne sig andre mere hensigtsmæssige copingstrategier, når vedkommendes følelser bliver u håndterlige.

Herudover findes der en adfærdsteknik, der kaldes *refokusering*. Denne teknik anvender klienten alene. Hvis klienten befinder sig i en situation, hvor de dysfunktionelle tanker og/eller adfærdsmønstre presser sig på skal vedkommende bevidst forsøge at skifte sit fokus væk fra dette og tilbage på den aktivitet klienten foretog sig inden (Beck, 2011, p. 275). Hensigten med denne teknik er, at selvskadere lærer at udholde trangen til at skade sig selv ved at acceptere, at trangen til og tanker om

selvbeskadigelsen er der. Samtidig lærer selvskaderen, at trangen og tankerne kan holdes stangen ved at fokuserer på noget, som ikke relaterer sig til lysten til at skade sig selv. Denne teknik synes at være gavnlig fordi selvskaderen undgår at handle impulsivt.

En anden essentiel del af KAT er de teknikker og opgaver, som klienten laver som, hjemmearbejde imellem sessionerne. Dette gør klienten til sin egen terapeut og sørger dermed for, at klienten konstant, og ikke kun i terapilokalet, arbejder hen imod at opnå en forandring (Beck, 2011, p. 309).

Hjemmearbejdet er gavnligt for selvskadende individer, idet de får mulighed for at træne teknikkerne derhjemme, hvor de er alene med trangen til selvbeskadigelsen. Dermed får selvskaderne muligheden for at træne deres nye copingstrategier udenfor det beskyttende terapimiljø, og dermed i det miljø, hvor trangen til selvbeskadigelsen oftest opstår.

Der argumenteres desuden for, at risikoen for tilbagefald mindskes, idet de nye copingstrategier trænes i det miljø, hvor den opstår.

7.1.4 Opsummering

Opsummerende ser det på baggrund af ovenstående ud til, at KAT har en positiv effekt på selvskadende adfærd. Ud fra den grundlæggende idé bag KAT er det blevet tydeligt, at fokus ligger på forholdet mellem psyke og fysik samt ændring af de dysfunktionelle skemata, som selvskaderen måtte have. Herudover har mange af grundteknikkerne et stort fokus på ændring af adfærden.

7.2 *Dialektisk adfærdsterapi (DAT)*

7.2.1 Den overordnede idé

Linehan forklarer, at dialektisk adfærdsterapi (DAT) er en terapiform, der udelukkende har fokus på forandring og metoder, der er støttende og trøstende overfor klienten (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 9).

DAT har sin base i den biosociale teori. Den biosociale teori bringer både de medfødte variabler, såsom temperamentet, såvel som de sociale faktorer, i form af miljøet, i spil. Et klassisk klientforløb har sin base i den biosociale model, hvilket klienten

gøres bekendt med allerede fra starten af terapiforløbet. Igennem hele terapiforløbet vendes der løbende tilbage til den biosociale model, hvilken klientens problematikker forstås og behandles ud fra (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 48).

DAT er desuden en integrativ behandlingsform, som er udviklet ud fra fire forskellige områder: indlæringsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi og zenbuddhistisk filosofi (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 61).

Én af de vigtigste målsætninger indenfor DAT er, at klienten skal blive i stand til at forlige sig med det eventuelle ubehag, vedkommende måtte opleve i sit liv. DAT har denne målsætning, idet lidelse og ubehag er en uundgåelig del af livet, hvilket betyder, at hvis klienten ikke lærer at holde dette ud, kan det være næsten umuligt at ændre det dysfunktionelle i vedkommendes liv (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 122).

Dette betyder således, at klienten skal tilegne sig færdigheder, der kan hjælpe vedkommende med at udholde og håndtere de problematikker, der fremprovokerer den selvskadende adfærd. Først derefter vil personen være i stand til at stoppe sin selvbeskadigelse. Disse færdigheder tilegnes bl.a. vha. ”hold ud teknikker”, mindfulness øvelser og relationsøvelser (Linehan, 2004, p. 36).

Et klassisk forløb med DAT er inddelt i tre faser. Den første fase er orienteringsfasen. Her taler klienten og terapeuten om principperne bag behandlingen og klienten gøres bekendt med, hvorledes terapeuten forstår klientens problematik. Det overordnede mål for denne fase er sikkerhed og stabilitet i nuet, i form af ændring af adfærd, der er potentielt farlig for klienten. I fase nummer to ligger fokus på at bearbejde tidligere livshændelser for at kunne reducere eventuelle stressreaktioner, der er medvirkende til klientens problematik. Her er et sekundært mål desuden at reducere klientens skyldfølelse og selvinvalidering (Kåver & Nilsonne, 2004, pp. 83-84, p. 89). I forhold til en selvskadende klient vil denne fase dermed have fokus på, om der er eventuelle traumer, negative erfaringer med et invaliderende miljø osv. der er med til at skabe klientens behov til selvbeskadigelse. I forhold til arbejdet med selvskadende personer er bearbejdelsen af skyldfølelsen et vigtigt element, idet en stor del af selvskadende personer føler sig skyldbetyngede og bruger selvbeskadigelsen til at slippe af med denne følelse (Jf. afsnit 6).

I tredje og fjerde fase rettes fokus fremad. Der er fokus på at øge klientens selvspekt og opnåelsen af et, for klienten, meningsfyldt liv. Særligt for tredje fase er fokus på, at klienten når sine personlige mål. I fjerde fase er det særlige fokus, at hjæl-

pe klienten godt på vej til at få et liv, der rummer glæde, at føle sig levende, være engageret i sit eget liv og sine relationer, føle at man hører til og kan være opmærksomt til stede i nuet (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 89).

I forhold til den selvskadende klient vil fokus i tredje og fjerde fase således være at finde ud af, hvad vedkommendes mål er (ud over at stoppe selvbeskadigelsen) og hvorledes disse opnås.

Der er desuden forskellige behandlingsspor indenfor DAT. Disse behandlingsspor foregår parallelt og de overordnede er: færdighedstræning, individuel træning, telefonkontakt og teamarbejde (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 76). Færdighedstræningen inddeles yderligere i fire moduler. Disse er 1) opmærksomhedsfærdigheder, 2) relationelle færdigheder, 3) færdigheder i følelsesregulering og 4) "hold-up" færdigheder (Linehan, 2004, p. 36). Teknikkerne indenfor DAT bliver uddybet i afsnit 7.2.3, hvor de ligeledes bliver sat i relation til behandlingen af selvskadende adfærd.

7.2.2 Effekt

Søgningen i PsycInfo resulterede i 28 hits. Efter en gennemgang af disse 28 hits blev det klart, at fire af disse undersøgte den reelle effekt af DAT, som behandlingsform til individer med selvskadende adfærd. Yderligere én artikel blev føjet til de fire artikler fra søgningen, da tidligere søgninger har vist, at denne eksisterede, men ikke kom op, som et resultat af søgningen i PsycInfo. Jeg er bevidst om, at der findes yderligere artikler, der undersøger effekten af DAT til selvskadende adfærd, men da hensigten udelukkende er at give læseren en fornemmelse af den evidens, der er for terapiformens effekt og ikke at lave et fuldbyrdet systematisk review inkluderes, der ikke yderligere artikler end de fem udvalgte.

Generelt synes der at være solid evidens for, at DAT kan reducere et individs selvskadende adfærd. Bohus og kollegaer undersøgte i år 2004 DATs effekt på selvskadende adfærd. Undersøgelsen bestod af 50 kvinder. Kvinderne blev inddelt i en behandlingsgruppe, der modtog DAT og en ventelistegruppe. Resultatet viste, at i behandlingsgruppen var der 62 % af kvinderne, der havde afholdt sig fra selvbeskadigelse, imens dette tal var 31 % for ventelistegruppen (Bohus et al., 2004, p.477; p. 492). Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at dette studie kun havde kvindelige undersøgelsesdeltagere, hvorfor det ikke er sikkert, at resultatet er genera-

liserbart over på en mandlig gruppe selvskadere. Ligeledes fandt Stanley og kollegaers undersøgelse fra 2007 signifikante reduktioner i mængden af selvskadende adfærd hos de 20 deltagere, der havde modtaget DAT (Stanley et al., 2007, p. 339).

Lignende resultater fik Comtois og kollegaer, da de undersøgte det samme i år 2007. Undersøgelsen viste, at antallet af selvskade episoder, efter et års behandling med DAT var faldet signifikant, sammenlignet med før behandlingen gik i gang. Der gøres imidlertid opmærksom på, at effekten på mængden af sygehus-behandlede selvbeskadigelser var lav, idet $d = 0,13$ (Comtois et al., 2007, pp. 411-412).

Fleischhaker og kollegaers undersøgelse fra år 2011 støtter yderligere op omkring, at DAT har en god effekt på selvskadende adfærd. Deres undersøgelse blev udført på 12 kvindelige teenagere. De modtog DAT i 16-24 uger varierende fra individ til individ. Efter endt behandling var gennemsnitsmængden faldet med 4,3 selvskade episoder pr. person. Dette svarer til en effektstørrelse på $d = 0,95$, hvilket er en god effekt (Fleischhaker et al., 2011, p. 1; p.4).

Det er imidlertid ikke alle studier, der finder samme høje effekt. Carter et al (2010) undersøgte effekten af DAT på selvskadende adfærd i en undersøgelsesgruppe bestående af 70 kvinder med borderline personlighedsforstyrrelse. Både den gruppe der fik deres vanlige behandling og behandlingsgruppen viste bedring i mængden af selvskadende adfærd, men forskellen på de to grupper var ikke signifikant (Carter et al., 2010, p. 166). Dermed kunne denne undersøgelse ikke påvise, at DAT havde en signifikant større effekt end andre terapiformer, men den kunne trods alt påvise, at den havde en effekt.

På baggrund af ovenstående synes det forsvarligt at antage, at DAT er en terapiform, der kan have en middel til høj effekt, hvis den anvendes til at behandle selvskadende individer.

7.2.3 Teknikker

Indenfor DAT findes der ligeledes en række forskellige teknikker. Hvis disse teknikker forstås i lyset af selvskadende adfærd som affektregulator ses der en overensstemmelse mellem teknikkerne og denne forståelse, der kan være med til at validere troværdigheden af den fundne effektstørrelse på middel til høj.

Indenfor DAT forholder det sig således, at det antages, at problemer med følelsesregulering ofte har en stor betydning for udviklingen af adfærdsproblemer (Linehan,

2004, p. 176).

Derfor synes forståelsen af selvskade som en copingstrategi på affektreguleringsproblemer (bl.a. Rubæk, 2009, p. 87-88) at være i god overensstemmelse med forståelsesrammen indenfor DAT.

Som tidligere nævnt kaldes nogle af teknikkerne indenfor DAT ”hold-ud-færdigheder”. Disse træner klienten i at blive i stand til at tolerer frustration. Dette betyder, at klienten bliver i stand til at kunne se og opleve omstændigheder og følelser, som de er, uden at ville ændre eller stoppe dem (Linehan, 2004, p. 198).

En af disse ”hold-ud-teknikker” indebærer, at individet bliver i stand til at fjerne sit fokus fra de ubehagelige følelser via stimulering af én af sine sanser (Linehan, 2004, p. 280).

Linehan (2004, p. 280) beskriver en række eksempler på, hvorledes man kan stimulere sine sanser, men da selvskadere ofte vælger stimulering af følesansen i form af at skære, bide og slå sig selv er det teknikken i forhold til følesansen, der gennemgås her.

Stimulering af følesansen, som en distraktion fra ubehagelige emotioner, kan bl.a. gøres ved at tage et boblebad, få massage, tage en silkebluse på, pelsforede handsker osv. Midlet til stimuleringen er ikke det vigtige, men derimod effekten af, at opmærksomheden vendes mod det, der røres ved og at berøringerne virker beroligende for det enkelte individ (Linehan, 2004, p. 280).

Teorien er, at en selvskadende person, som har et behov for at regulere sine følelser vha. selvbeskadigelse vil kunne opnå en lignende effekt ved at simulere sin hud på anden vis. Dermed opnås samme regulering, som selvbeskadigelsen antageligt ville have givet. På denne måde kan mængden af selvbeskadigelse reduceres og måske endda helt fjernes. Samtidig mindskes risikoen for tilbagefald, idet selvskaderen får en alternativ copingstrategi i de situationer, hvor vedkommende ellers ville have udført selvbeskadigelse.

7.2.4 Opsummering

Som overstående afsnit klarlægger ses det, at DAT har en middel-høj effekt på selvskadende adfærd. Det er blevet klart, at DAT i behandlingen af selvskadende adfærd har et særligt fokus på at lære klienten at forlige sig med det eventuelle ubehag vedkommende måtte føle, når følelserne bliver uhåndterlige. Dette særlige fokus ses

også i teknikkerne, som i høj grad drejer sig om at lære klienten at holde ud og reagere på nye og mere hensigtsmæssige måder.

7.3 *Mentaliseringsbaseret terapi (MBT)*

7.3.1 Den overordnede idé

Den overordnede idé bag MBT er, at klientens psyke altid er centrum for behandlingen. Målet med terapien er at hjælpe klienten til at genvinde en følelse af stabilitet og evnen til at forstå sine egne følelser. Dette gøres ved at støtte klienten i at lære mere om sig selv, sine tanker og følelser omkring sig selv, såvel som andre (Bateman & Fonagy, 2006, p. 38).

Et mentaliseringsbaseret terapiforløb er bygget op omkring tre hovedfaser. Målet med den indledende fase er at vurdere klientens mentaliseringsevne, personlighed og evne til at deltage i terapien. Det er også i denne fase, at der gives en diagnose, psykoedukeres, opsættes mål for terapiforløbet, eventuel medicin gennemgås og der defineres en kriseplan. I den midterste fase er målet at øge klientens evne til at mentalisere. Den sidste fase har fokus på, at få afsluttet terapiforløbet på en god måde. Dette sikres ved, at terapeuten har fokus på følelser associeret med tab, opretholdelse af mål efter endt terapi og fastlæggelse af et opfølgingsprogram tilpasset klientens individuelle behov (Bateman & Fonagy, 2006, pp. 38-39).

Når der anvendes en mentaliseringsbaseret tilgang til selvskadende adfærd ses adfærden således i lyset af klientens manglende mentaliseringsevne (Jf. afsnit 3). Dette betyder, at målet for terapiforløbet bliver at bedre klientens mentaliseringsevne med henblik på, at mindske klientens oplevede behov for at skade sig selv, når vedkommendes følelsesliv bliver for uhåndterligt.

7.3.2 Effekt

Den systematiske søgning i PsycInfo gav ingen resultater, idet mentaliseringsbaseret terapi/ mentalization-based therapy og andre synonymmer ikke eksisterer som thesaurus begreb i databasen.

Derfor blev der i stedet lavet en frisoegning over ordet ”mentalizations-based therapy”. Denne gav 199 hits. Ud af disse synes fem artikler at være relevante. Efter en

gennemlæsning af disse fem artikler viste det sig, at tre artikler undersøgte den egentlige effekt af MBT, som behandlingsform til individer med selvskadende adfærd. Yderligere én artikel (Bateman & Fonagy, 2009) blev føjet til de tre artikler fra søgningen, da jeg vidste, at den eksisterede, men ikke kom op, som et resultat af søgningen i PsycInfo.

Den første undersøgelse blev lavet af Kvarstein og kollegaer i år 2005. Studiet bestod af 345 nordmænd diagnosticeret med borderline personlighedsforstyrrelse. Undersøgelsen forløb fra år 1993-2013. Deltagerne blev delt ind i to grupper, hvor deltagerne fra år 1993-2007 modtog psykodynamisk terapi, imens deltagerne fra år 2008-2013 modtog MBT (Kvarstein et al., 2015, p. 71, p. 73). Undersøgelsen viste, at deltagerne generelle funktionsniveau blev højnet mest i den gruppe, der modtog MBT. I forhold til den selvskadende adfærd blev denne væsentligt reduceret i begge grupper, der var dog ingen signifikante forskelle (Kvarstein et al., 2015, p. 79-80).

Bateman og Fonagy lavede i år 2009 et randomiseret kontrolleret studie, der undersøgte MBTs effekt på 134 individer diagnosticeret med borderline personlighedsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2009, pp. 1356-1357). Undersøgelsen viste, at 77,5 % af de 134 deltagere havde udøvet alvorlig selvbeskadigelse i de seks måneder, der ledte op til undersøgelsen. Efter 18 måneders behandling med MBT var dette tal reduceret til 23,9 % (Bateman & Fonagy, 2009, p. 1360). Dette svarer til en reduktion på 53,6 %.

I år 2012 lavede Bales og kollegaer en undersøgelse, hvor deltagerne modtog 18 måneders MBT. Der var 61 deltagere, som alle var diagnosticeret med borderline personlighedsforstyrrelse i alvorlig grad (Bales et al., 2012, pp. 570-571). Ved terapi start forholdte det sig således, at 51,2 % af deltagerne havde skadet sig selv indenfor de sidste seks måneder. Der var desuden et gennemsnit på 17,9 selvskade episoder pr. deltager. Ved anden måling havde 15,8 % skadet sig selv siden terapistart med et gennemsnit på 3,0 selvskade episoder pr. deltager. Ved sidste måling var dette tal steget en smule, til 19 %, og 3,0 selvskade episoder pr. deltager. (Bales et al., 2012, p. 573, p. 576). Alle resultater var signifikante (Bales et al., 2012, p. 568).

En sådan stigning ses ofte ved afslutningen af et terapiforløb og kan forklares med angsten for at skulle ud og stå på egne ben. Det antages at også denne stigning skyldes dette.

Tallene viser således, at MBT har reduceret mængdens af personer, der skader sig

selv med 62,9 % og at mængden af selvskade episoder pr. deltager blev reduceret med 83,3 % (Bales et al., 2012, p. 568).

Disse resultater synes at blive understøttet af den undersøgelse Rossouw og Fonagy lavede i år 2012. De undersøgte effekten af MBT på 80 teenagere. Ud af disse 80 deltagere var 85 % kvinder, hvorfor resultaterne antageligt ikke er generaliserbare til alle selvskadere. Deltagerne var delt op i to grupper med 40 personer i hver gruppe. Den ene gruppe fortsatte med deres sædvanlige behandling, imens de resterende 40 personer modtog MBT (Rossouw & Fonagy, 2012, pp. 1306-1307; p. 1311). Efter 12 måneder viste det sig, at i gruppen der havde forsat deres normale behandlingsform havde 17 % færre deltagere skadet sig selv, imens der i gruppen der havde modtaget MBT var 44 % færre, der havde skadet sig selv. Alle resultaterne var signifikante (Rossouw & Fonagy, 2012, p. 1311).

Dermed ser det således ud til, at MBT er en terapiform, der kan reducere selvskadende adfærd.

7.3.3 Teknikker

Ses selvskade adfærd som værende et resultat af manglende eller dårlig affektregulerings- og mentaliseringsevne synes teknikkerne indenfor MBT at passe godt hertil. Det særlige ved teknikkerne indenfor MBT er, at de har et direkte fokus på at forbedre klientens mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2006, p. 162).

Den primære tilgang i teknikkerne indenfor MBT er, at terapeuten altid påtager sin en mentaliserende rolle overfor klienten. Dette gøres ved, at terapeuten skaber en repræsentation af klienten for at hjælpe denne til at forstå sine følelser. Ligeledes udfordrer terapeuten løbende klientens opfattelse af den mentale tilstand hos sig selv såvel som hos terapeuten (Daubney & Bateman, 2015, p. 133).

Én af teknikkerne er *oprydning*. Denne teknik går ud på, at terapeuten støtter klientens udvikling af mentaliseringsevnen ved at hjælpe med at klarlægge, hvordan en given oplevelse var et resultat af klientens manglende eller fejlagtige mentalisering (Bateman & Fonagy, 2006, p. 124).

For et selvskadende individ, der kan have tendens til at tolke situationer ud fra det sete qua stagnering på det præ-mentalistske stadie, er denne teknik gavnlig, idet vedkommende lærer at sætte sig ind i modpartens følelser og mål. Dermed undgås tolkninger baseret udelukkende på det sete.

En anden teknik indenfor MBT er *følelsesdetaljer*. Denne teknik er med til at støtte klientens evne til at identificere og placere sine følelser i den rette kontekst. Teknikken går ud på, at terapeuten støtter klienten i at finde ud af, hvad det er for nogle følelser vedkommende oplever ved at tale om og reflektere over, hvordan det mon føles at sidde med de følelser (Bateman & Fonagy, 2006, p. 125).

Denne teknik synes særlig god til selvskadende individer, idet den kan være med til at lære dem at genkende og forstå de følelser, der før var uforståelige. På denne måde reduceres risikoen for, at deres copingstrategi til de u håndterlige emotionelle oplevelser bliver selvbeskadigelse.

En tredje teknik, *stop og stå*, handler om at genoprette klientens mentaliseringsevne, når den i givne situationer fejler eller helt udebliver. Dette gøres ved, at terapeuten udfordrer fejlagtige antagelser, som klienten har gjort sig i terapisesionen, hvor klientens mentaliseringsevne slog fejl. Formålet er at lære klienten at genkende scenarier, hvor vedkommendes mentaliseringsevne ikke slår til og derigennem blive mere bevidst om disse scenarier, når de opstår (Bateman & Fonagy, 2006, p. 127).

For et selvskadende individ er denne teknik alfa omega, da dette betyder, at vedkommende kan undgå mange af de episoder, hvor de u håndterlige følelser opstår på baggrund af manglende og/eller fejlagtig mentalisering.

Én essentiel ting, der skiller MBT fra både KAT og DAT er det faktum, at MBT ikke inkorporerer hjemmearbejde i terapiforløbene (Bateman & Fonagy, 2006, p. 160).

7.3.4 Opsummering

På baggrund af de ovenstående afsnit ses det, at MBT har en god effekt på selvskadende adfærd. Det er desuden blevet klart, at MBT særligt fokuserer på at udvikle klientens evne til at mentalisere. Dette særlige fokus ses også i teknikkerne, som i høj grad fokuserer på at udfordre klientens fejlagtige mentaliseringer. MBT adskiller sig fra KAT og DAT ved at være den eneste terapiform, der ikke gør brug af hjemmearbejde.

8. Hvad er selvmedfølelse?

For at kunne forstå, hvad selvmedfølelse er, må man nødvendigvis først danne sig et billede af, hvad grundstenen, medfølelse, er. Derfor indeholder dette afsnit første en

beskrivelse af, hvad medfølelse er samt hvorledes dette udvikles. Dernæst en beskrivelse af, hvad selvmedfølelse er.

8.1 Medfølelse

”Compassion” eller ”medfølelse” udspringer af det latinske ord *compati*, som betyder *at lide med*. Én af de allerbedst kendte definitioner af medfølelse stammer fra Dalai Lama, der forklarede medfølelse som en evne til at have ”*a sensitivity to the suffering of self and others, with a deep commitment to try to relieve it*”(Gilbert, 2010, p. 3).

Gilbert forklarer, at medfølelse består af tre komponenter. Disse er: omsorg, empati og sympati. Omsorg skal forstås, som at individet giver vejledning, beskyttelse og omsorg, for at opnå, at det objekt, der modtager disse, oplever en forventet forandring (Gilbert, 2010a, p. 3).

Eisenberg har udviklet en anerkendt definition af empati, sympati og personlig bekymring (Gilbert, 2005, pp. 39-40). Af hensyn til relevansen for problemfeltet er det kun definitionerne af empati og sympati, der gennemgås.

Disse er som følger: *Empati* forstås, som en situation, hvor et individ har de samme følelser, som en anden eller forstår, hvad den anden har på sinde. Dette er hverken selvcentreret eller centreret om andre. Det er sand empati eller følelsesmæssigt smitsomhed. *Sympati* forstås derimod, som de reaktioner vedkommende har på en andens bekymring. Reaktionen behøver ikke at matche vedkommendes bekymring, men skal være rettet mod den anden persons velbefindende (Eisenberg, 2002, pp. 4-5).

8.1.1 Udviklingen af medfølelse

Ifølge Gilbert (2005) forholder det sig således, at et individs evne til at udvise medfølelse udvikles i takt med vedkommendes evne til at udvise empati, sympati og taknemmelighed (Gilbert, 2005, p. 50). Et spædbarn er udstyret med det, der kaldes *global empati*. Det dækker over det faktum, at barnet er i stand til at blive påvirket af, hvad det selv føler og af hvad andre føler. Barnet er imidlertid ikke i stand til klart at skelne mellem sig selv og andre endnu. Når barnet er omkring ét år gammelt begynder det at kunne kende forskel på sig selv og andre og hos hvem følelserne har hjemme. Dette er på trods af, at barnet endnu ikke helt forstår andres indre tilstand og

at andre kan have andre behov end én selv (Gilbert, 2005, p. 51). Hoffman (1991) giver et eksempel på dette, hvor en 18 måneder gammel dreng henter sin egen mor, da en ven græder. Dette er på trods af, at den grædende drengs egen mor er til stede (Hoffman, 1991, p.279).

Dette eksempel illustrerer en dreng, der ved, hvad der ville have trøstet ham selv, men ikke hvad der ville trøste drengen, da han endnu ikke kan sætte sig ind i andres indre tilstande, men dog stadig er i stand til at udvise passende empatiske følelser. Fra omkring to til tre års alderen begynder barnet at blive bevidst om, at der ikke nødvendigvis er overensstemmelse mellem egne og andres følelser. Desuden er barnet nu i stand til at blive påvirket af andres lidelser, selv hvis vedkommende ikke er fysisk tilstede (Gilbert, 2005, p. 51).

Hermed er barnet således nået til det punkt, hvor det er i stand til at udvise medfølelse for sig selv og andre (Gilbert, 2005, p. 51).

8.2 Selvmedfølelse

Neff, en pioner indenfor forskningen i selvmedfølelse, udviklede en definition af selvmedfølelse på baggrund af Theravada buddismen (Gilbert, 2010, pp.3-4).

Neff forklarer selvmedfølelse, som et individs evne til at blive "... touched by and open to one's own suffering, not avoiding or disconnecting from it, generating the desire to alleviate one's suffering and to heal oneself with kindness" (Neff, 2003a, p. 87). Self-compassion er dermed et konstrukt, der består af tre dele:

- 1) Self-kindness: At være venlig og forstående overfor sig selv, fremfor at være hårdt dømmende og selvkritisk
- 2) Common humanity: At kunne se ens egne oplevelser som en del af en større menneskelig oplevelse fremfor at se dem som adskillende og isolerende
- 3) Mindfulness: At være opmærksom på sine egne smertefulde tanker og følelser på en afbalanceret måde fremfor at overidentificere sig med dem (Neff, 2003a, p. 89).

Det forholder sig således, at mange mennesker har en tendens til at være meget hårdere og mindre venlige ved dem selv, end de nogensinde kunne drømme om at være overfor andre. Når et individ har evnen til at være selvmedfølelse er det dermed i

stand til at se sine oplevelser, som en gængs menneskelig oplevelse. Dertil kommer, at et selvmedfølende individ er i stand til at anerkende lidelse, fejltagelser og utilstrækkelighed som en del af det at være menneske samt at alle, inklusiv én selv, er værdig til at få medfølelse (Neff, 2003a, p. 87).

Neff forklarer ydermere, at selvmedfølelse kan sammenlignes med at have følelser af tilgivelse overfor én selv. Når et individ er selvmedfølende skabes en tilstand i individet, hvor vedkommende ikke længere fordømmer sig selv, men i stedet bliver i stand til at se sine uhensigtsmæssige tanker, følelser og adfærd som de er og dermed bliver i stand til at rette disse (Neff, 2003a, p. 87).

For et selvskadende individ betyder det således, at vedkommende får mulighed for, at se sin selvbeskadigelse for, hvad det virkelig er, fremfor at se det i lyset af sin egen skam, selvkritik og –had.

Med en øget selvmedfølelse bliver selvskaderen således i stand til at tilgive sig selv for sin selvbeskadigelse. Selvmedfølelsen giver ligeledes selvskaderen en mulighed for at få sine følelser omkring og trang til selvbeskadigelsen valideret på en afbalanceret måde, fremfor nødvendigvis at overidentificerer sig med dem.

9. Medfølelsesfokuseret terapi (MEFT) til behandling af selvskade?

Følgende afsnit søger at give læseren et overblik over den grundlæggende idé bag medfølelsesfokuseret terapi (MEFT). Dette gøres ved først at præsentere tankegangen bag terapiformen. Dernæst diskuteres den mulige effekt af MEFT til behandling af selvskadende adfærd ud fra de teknikker, der ligger indenfor MEFT samt ud fra de teknikker og grundlæggende tankegange som MEFT deler med henholdsvis KAT, DAT og MBT. Til sidst diskuteres MEFT i forhold til, hvad den som terapiform har et særligt fokus på, som de tre tidligere præsenterede terapiformer ikke har.

9.1 Den overordnede idé

MEFT blev oprindeligt udviklet til individer, der kom fra vanskelige baggrunde, som qua dette havde kroniske og indviklede mentale helbredsproblemer, der relaterede sig til skam og selvkritik (Gilbert, 2010, p. 4).

Terapien udspringer af evolutionspsykologien og er baseret på en forståelse af psykologiske processer, der danner kobling mellem motivation, emotion, tænkning og opmærksomhed. MEFT udspringer primært af KAT, men er også inspireret af en lang række andre interventionsformer (Gilbert, 2002, p.508).

MEFTs primære fokus ligger på opmærksomhed, forståelse, ruminering, adfærd, følelser, motiver og forestillinger. Terapiformen minder, i sin grundstruktur, en del om KAT, idet den består af følgende elementer: sokratiske dialog, psykoedukation omkring MEFT, strukturerede formuleringer, fokus på tanker, følelser, adfærd og kroppen, psykens og fysikkens sammenspil, adfærdseksperimenter, eksponering og graduerede opgaver. Desuden inkorporerer MEFT også elementer af mindfulness, opnåelse af tolerance overfor egne følelser, mentaliseringsoplevelser, hjemmearbejde m.m. (Gilbert, 2010, pp. 5-6).

Et centralt element indenfor MEFT er affektregulering. Gilbert forklarer, at der indenfor MEFT opereres ud fra det faktum, at den menneskelige hjerne har tre typer af emotionsregulerende systemer (Gilbert, 2010, p. 43):

- *Trussels- og selvbeskyttelsessystemet.* Dette systems funktion er at registrere, hvis der er en trussel, imod os eller nogen vi kender, og derefter vælge én af følgende tre responsmuligheder: Kæmp, flygt eller frys. Ydermere skal det give individet en følelsesmæssig reaktion i form af f.eks. angst, vrede eller afsky. Systemet er udviklet for at beskytte os, men hvis det er overaktiveret vil alt i et individs liv komme til at føles farligt og usikkert og de dertilhørende følelser vil altid være til stede (Gilbert, 2010a, p. 44). Ydermere er dette system tæt forbundet med amygdala og hippocampus. I amygdala lagres de sensoriske trusselsfølelser, imens hændelsesorienterede oplevelser lagres i hippocampus. Dette kan skabe problemer f.eks. hvis en person har et flashback, der involverer frygt, så kan det føles som om hændelsen er virkelig og er ved at ske igen fordi oplevelserne fra både amygdala og hippocampus

pus aktiveres (Gilbert, 2010a, p. 45).

- Det *ressourcesøgende, målrettede og aktiverende system*. Dette system er til for at give os positive følelser, der kan være med til at guide, motivere og opmuntre os til at søge vores indre ressourcer, der kan hjælpe os til at overleve. Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at nogle af de opnåelsesfokuserede drifter, der knytter sig til dette system, kan være af negativ karakter (Gilbert, 2010a, p. 47).

Dette kan især gøre sig gældende for selvskadere, idet de via deres selvbeskadigelse, som kan forstås som en opnåelsesfokuseret handling, opnår en minimering af en ubehagelig tilstand. Derfor aktiveres dette system og de dertilhørende positive følelser, hvilket kan resultere i, at selvbeskadigelsen bliver opfattet som en god copingstrategi.

Gilbert forklarer desuden, at der er en forbindelse imellem dette system og et individs dopamin niveau, idet dopamin er vigtig for menneskets drifter (Gilbert, 2010a, p. 47).

- *Tilfredsstillelses- og beroligelsessystemet*. Dette system giver individet en følelse af ro og tryghed og hjælper individet til at genvinde sin indre balance. Dette system er ligeledes forbundet til følelsen af at være sikker og glad for tingenes tilstand. Ydermere er systemet forbundet med et individs selvmedfølelse. Dette betyder, at hvis et individ i dets første leveår ikke har fået en god nok tilknytning til sin primære omsorgsperson og dermed ikke har udviklet sin selv- og affektreguleringsevne (Jf. afsnit 3) vil vedkommende have et underaktivt tilfredsstillelses- og beroligelsessystem (Gilbert, 2010a, p. 48). Dette systems skabelse af beroligelse og sikkerhedsfølelse sammenlignes desuden med de følelser hormonet oxytocin og endorfiner kan skabe (Gilbert, 2010a, p. 49).

Sammenholdes den viden der eksisterer omkring disse tre systemer og viden omkring, hvad selvskadende individer har af problematikker i form af bl.a. affektreguleringsvanskeligheder, selvkritik og selvhad, synes der at være nogle mulige sammenhænge. Først og fremmest tyder det på, at selvskadere kan have et underaktivt tilfredsstillelses- og beroligelsessystem, hvilket kan betyde, at de har meget svært ved

at føle sig trygge, glade og rolige. Dette betyder samtidig, at et underaktivt tilfredsstillelses- og beroligelsessystem kan føre til et overaktivt trusselssystem, idet deres manglende selv- og affektreguleringsevne gør, at deres krop tolker deres følelser som en potentiel fare.

Disse antagelser synes Gilbert (2002) at støtte, idet han forklarer, at individer, der er præget af meget skam og høj selvkritik, ofte har en ubalance mellem de tre systemer, hvor overvægten ligger hos trusselssystemet (Gilbert, 2002, 512).

Som nævnt i afsnit 6.3 lider mange selvskadere under dette. Derfor argumenteres der for, at selvskadende individer antageligt har en ubalance imellem disse tre systemer, med en overaktivitet i trusselssystemet og en underaktivitet i tilfredsstillelses- og beroligelsessystemet.

9.2 Teknikker

Arbejdes der videre med forståelsen af selvbeskadigelse som affektregulator er der indenfor MEFT en række teknikker, der er udviklet til at styrke et individs affektreguleringsevne. I tillæg til dette er teknikkerne også udviklet til at styrke et individs selvmedfølelse og dermed mindske individets mængde af selvkritik og selvhad. En af de teknikker, der særligt kendetegner den medfølelsesfokuserede terapi er *mindfull vejrtrækning*. Teknikken går ud på, at hvis klienten er i en situation, hvor vedkommendes emotioner bliver uhåndterlige, så skal vedkommende flytte sit fokus fra følelserne og over på sin vejrtrækning (Van Vliet & Kalnins, 2011, p. 302). Hensigten med denne teknik er at lære selvskaderen at blive opmærksom på og acceptere, hvilke situationer, der fremprovokerer trangen til selvbeskadigelse og derigennem blive i stand til ikke at handle på denne trang. Desuden kan det være med til at reducere klientens negative følelser omkring sig selv, idet de negative følelser, der omkranser trangen til selvbeskadigelse, bliver erstattet af selvmedfølelse og beroligende følelser (Van Vliet & Kalnins, 2001, p. 302).

En anden teknik er den, der kaldes *selvrapporterende dagbog*. Teknikkens formål er at lære klienten, som i dette tilfælde er en selvskader, at balancere de følelser, der opleves som truende. Dette gøres ved at klienten danner sig nogle støttende og beroligende kognitioner. Vejen til dette er at lære selvskaderen at betragte de udfordrende kognitioner som normale og der igennem ikke at være så hård ved sig selv, når de opstår. Når klienten laver en selvrapporterende dagbog skriver vedkommende om

sine selvkritiske tanker. Derefter skriver klienten et selvberoligende og – bekræftende svar, som har til formål at berolige fare- og trusselssystemet (Van Vliet & Kalnins, 2011, p. 305).

Opsummerende ser det på baggrund af de to ovenstående afsnit ud til, at grundidéen bag MEFT og de vanskeligheder selvskadende individer ofte har, er i overensstemmelse med hinanden. Desuden ses det, at nogle af de mest centrale teknikker indenfor MEFT ligeledes synes anvendelige til behandling af selvbeskadigelse. MEFT er derfor i teorien en god terapiform til behandlingen af selvskadende adfærd.

9.3 Effekten af MEFT til behandling af selvskadende adfærd?

Der synes at være empirisk belæg for at sige, at både KAT, DAT og MBT er effektfulde terapiformer til behandlingen af selvskadende adfærd (Jf. afsnit 7.1.2; 7.2.2; 7.3.2).

Da det, efter grundig og systematisk søgning, ikke har været muligt at finde nogle effektstudier på MEFT, som behandlingsform til selvskadende adfærd, må det antages, at disse ikke findes. Derfor søger dette afsnit at sammenligne KAT, DAT, MBT og MEFT for derigennem at skabe et overblik over, hvorvidt det synes realistisk, at MEFT vil have en lignende effektstørrelse og dermed er en god behandlingsform til selvskadende individer.

Dette gøres ved at kigge på, hvilke elementer fra de dokumenterede effektive terapier, der går igen i MEFT. Disse elementer er grundtanken bag terapierne, de særegne teknikker, hovedfokus m.m. Ydermere fremhæves forskellene på terapiformerne for at tydeliggøre, hvad terapiformerne hver især særligt fokuserer på.

Det forholder sig således, at alle fire terapiformer synes at kunne forstå selvskadende adfærd ud fra en affektreguleringsmodel. KAT, og dermed MEFT, forstår den selvskadende adfærd som værende en overlevelsestrategi, der er blevet overindlært i forsøget på at undgå psykisk ubehag. For selvskadere er dette psykiske ubehag de u håndterlige emotioner (Mørch & Rosenberg, 2005, pp. 24-30).

Indenfor DAT anses problemer med affektregulering som værende en stor faktor i udviklingen af adfærdsproblemer. Derfor anses den selvskadende adfærd som væ-

rende et adfærdsproblem, der er tilegnet i forsøget på at håndtere affektreguleringen (Linehan, 2004, p. 176; Rubæk, 2009, pp.87-88). Indenfor MBT forstås selvskaden som en effekt af, at selvskaderen befinder sig på et præmentalistisk stadie. Vedkommende har derfor behov for et fysisk udfald til selv- og affektregulering, hvorfor selvbeskadigelsen bliver løsningen (Fonagy et al., 2007, p.33; p. 215).

Dermed får de alle samme grundlag at starte behandlingen ud fra.

Ligeledes ses det, at alle fire terapiformer anvender både psykoedukation og adfærdsteknikker, om end det er på hver deres særegne måde. Indenfor KAT er psykoedukationen indlejret i den pædagogiske strategi, hvis mål er at give klienten en større viden om sin lidelse (Mørch & Rosenberg, 2005, p. 30). DAT inddrager psykoedukationen i forbindelse med, at den biosociale model forklares til klienten og det forklares hvorledes dennes lidelse kan forstås ud fra modellen (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 48). Indenfor MBT findes psykoedukationen i den indledende fase, hvor der er fokus på de tanker og følelser klienten har i forbindelse med lidelsen (Bateman & Fonagy, 2006, pp. 38-39). Adfærdsteknikkerne ses bl.a. i form af kognitiv konceptualisering og refokusering indenfor KAT (Beck, 2011, pp. 57-58; p. 275). Indenfor DAT findes de såkaldt ”hold-ud-teknikker” (Linehan, 2004, p. 280), mens adfærdsteknikkerne ses i form af bl.a. ”stop og stå” teknikken indenfor MBT (Bateman & Fonagy, 2006, p. 127).

Ovenstående tjener det formål at være de indledende argumenter for at antage, at MEFT vil have en lignende effekt i forhold til selvskadende adfærd.

Som tidligere nævnt i afsnit 9.1 udspringer MEFT af KAT. Dette betyder, at både KAT og MEFT gør brug af sokratisk dialog, psykoedukation, strukturerede formuleringer samt har fokus på tanker, følelser, adfærd og kroppen. Desuden har begge terapiformer fokus på psykens og fysikkens sammenspil samt anvender adfærdseksperimenter, eksponering og graduerede opgaver (Gilbert, 2010a, pp. 5-6).

Dette betyder derfor, at når KAT har et stort fokus på forholdet mellem krop og psyke får MEFT det også. Disse ligheder synes at understøtte hypotesen om, at MEFT kan være en effektiv behandlingsform til behandling af selvskadende adfærd yderligere.

Rettes blikket mod teknikkerne indenfor terapiformerne forholder det sig således, at både KAT (Beck, 2011, p. 309), DAT (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 99) og MEFT (Gilbert, 2010a, pp. 5-6) anvender hjemmearbejde, imens MBT (Bateman & Fonagy,

2006, p. 160) ikke gør det.

Dette kunne lede tankerne i retningen af, at MBT derfor ikke har så mange ligheder med MEFT, men der er én stor og meget væsentlig lighed.

Både MBT og MEFT har et stort fokus på at opbygge en stabil jeg-følelse hos selvskaderen og forbedre vedkommendes evne til at forstå sine egne følelser. Dette gøres indenfor MBT ved at støtte klienten i at lære mere om sig selv, sine tanker og følelser om sig selv, såvel som om andre (Bateman & Fonagy, 2006, p. 38).

Indenfor MEFT ses et fokus på at skabe en stabil jeg-følelse hos klienten i de tre elementer selvmedfølelse består af, idet der fokuseres på at skabe en stabilitet i klienten via tilgivelse og accept af ens fejl (Neff, 2003, p. 89).

Dette er et meget vigtigt fokus i arbejdet med selvskadende individer, idet det synes at være én af selve hjørnestenene i deres problematiske adfærd.

Ligeledes har DAT og MEFT et helt essentielt fokus til fælles. Disse fokuserer begge på at hjælpe den selvskadende person til at blive i stand til at tolerere det eventuelle ubehag, der måtte være i vedkommendes liv (Kåver & Nilsonne, 2004, p. 122; Gilbert, 2010a, pp. 5-6).

Det ses hermed, at KAT, DAT og MBT har mange fællestræk med MEFT. Denne afhandlings hypotese, omkring at MEFT kan reducere selvskadende adfærd, synes derfor at være teoretisk støttet på baggrund af ovenstående. Derfor argumenteres der for MEFT som interventionsform til behandling af selvskadende adfærd.

Når det faktum, at MEFT ligner både KAT, DAT og MBT på en lang række punkter, er slået fast kan der stilles spørgsmålstegn ved om der overhovedet er behov for endnu et alternativ til behandling af selvskadende adfærd.

Det forholder sig således, at de fire terapiformer har hver deres særlige fokus i behandlingen af selvskade.

KAT særlige fokus er at omstrukturere de overindlærte skemata samt dysfunktionelle tanker og antagelser og at støtte selvskaderen i tilegnelsen af nye copingstrategier, der erstatter selvbeskadigelsen (Beck, 2011, pp. 21-22; Mørch & Rosenberg, 2005, p. 18).

Det særlige fokus indenfor DAT er at behandle selvskaderens dysfunktionelle affektregulering vha. validering af selvskaderens følelser og klientens tilegnelse af færdigheder til at kunne håndtere de situationer, hvor trangen til selvbeskadigelse opstår

(Linehan, 2004, p. 36)

MBT lægger et særligt fokus på at rette op på selvskaderens mentaliseringsvigt og derigennem mindske klientens behov for at regulere sine følelser via selvbeskadigelsen. Dette gøres ved, at terapeuten altid påtager sig en mentaliserende tilgang overfor klienten for at støtte dennes udvikling (Daubney & Bateman, 2015, p. 133).

MEFT har derfor et nyt og anderledes fokus end KAT, DAT og MBT, idet denne fokuserer på at reducere klientens skam og selvkritik, for at mindske selvbeskadigelsen. Dermed fokuserer MEFT mere på klientens følelser end de kognitioner, der er forbundet med selvskaden.

Indenfor KAT, DAT og MBT synes behandlingen af selvskadende adfærd, i modsætning til MEFT at foregå på et meget kognitivt plan. Uddybet betyder dette, at der arbejdes med *forståelsen* og *accepten* af selvbeskadigelsen, sammenhængen mellem psyke og krop, funktionen af og behovet for selvbeskadigelsen og adfærdsændring. Dette betyder, at den følelsesmæssige forandring skal ske, som en effekt af en kognitiv forståelse. Tænkes dette ind i Gilberts tre systemer synes dette kognitive fokus at relatere sig til et individs ressourcesøgende, målrettede og aktiverende system, idet det er her forandring, stabilitet og positive følelser søges via aktivering af individets medfødte og tillærte ressourcer. Som tidligere nævnt har mange selvkritiske individer, heriblandt selvskadere, svært ved at føle en forbedring på trods af, at de godt forstår det kognitive rationale (Gilbert & Procter, 2006, p. 355).

Resultatet kan antages at være, at pga., at individets tilfredsstillelses- og beroligelses-system er underaktivt og det selvkritiske-jeg er stærkt, afskæres adgangen til de ressourcer, der er lagret i det ressourcesøgende, målrettede og aktiverende system. Effekten af dette bliver en selvskader, der forstår rationalerne bag de kognitivt fokuserede terapier, men ikke føler sig i bedring.

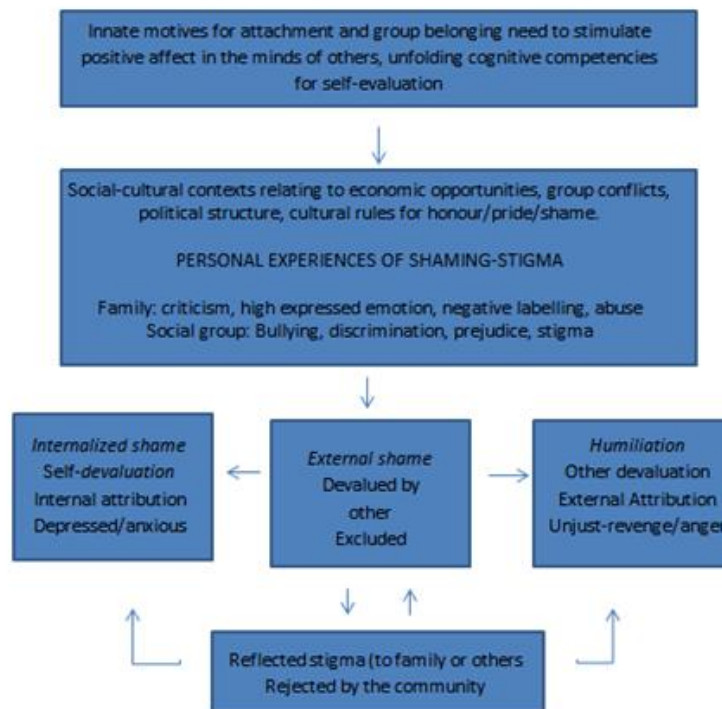
Det er her MEFT kan noget andet og mere end de interventionsformer, der allerede er undersøgt og fundet belæg for.

MEFT kan via sit særlige fokus på selvmedfølelse, skam og selvkritik være med til at skabe en grundlæggende følelsesmæssige forandring i selvskaderen, der kan udstyre vedkommende med en altid tilstedeværende modstandsevne overfor trangen til selvbeskadigelse. Som en konsekvens af dette skabes der adgang til de ressourcer selvskaderen i øvrigt har til bekæmpelsen af sin selvbeskadigelsestrang.

9.4 MEFTs fokus på skam og selvkritik

Det der adskiller MEFT fra andre terapiformer (bl.a. KAT, DAT og MBT) er i høj grad det store fokus på skam og herunder selvkritik (Gilbert, 2010a, p. 83; p. 93). MEFTs forståelsesmodel over skam er udviklet ud fra den grundforståelse, at alle mennesker er født med et ønske om at skabe gode følelser omkring dem selv, i andre (Gilbert, 2010a, p. 83). Modellen foreslår, at alle mennesker har et behov for at føle sig beskyttet, være en del af en gruppe og blive accepteret af sine omgivelser. Opnås dette føles verden mere sikker. Modellen foreslår desuden, at den måde individet perciperer dets tætteste relationer, hvad enten det måtte være som omsorgsfulde eller misbrugende, har en betydning for, hvordan individet tror, andre opfatter det. Når et individ er følsom overfor andres opfattelse af én selv bliver individet således også sårbar overfor negative følelser og tanker fra andre. Dette er med til at gøre, at verden føles mindre sikker (Gilbert, 2010a, pp. 83-85).

Indenfor MEFT findes desuden *skam-modellen*. *Skam-modellen* fremlægger to primære forsvarsstrategier overfor skamfølelsen. Den ene er en internaliseret skamfyldt reaktion, hvor vedkommende tager en underdanig strategi associeret med selvmonitorering og det at skyde skylden på sig selv. Den anden strategi er, hvor vedkommende tager en eksternaliseret ydmyget position, hvor vedkommende agerer dominerende, aggressivt og angribende for at opnå en følelse af sikkerhed gennem evnen til at overvælde de, der udgør en mulig trussel (Gilbert, 2010a, pp. 83-85).



Figur 9) En evolutionær og biopsykosocial model over skam. (Gilbert, 2010, p.84)

Disse to primære forsvarsmekanismer synes at kunne genkendes i de motiver, som selvskadende individer giver for deres selvbeskadigelse (Jf. afsnit 6).

Sættes *skam-modellen* (Gilbert, 2010a) og *fire faktor modellen* (Nixon & Heath, 2009) overfor hinanden ses også her nogle ligheder. Tages der udgangspunkt i den underdanige forsvarsposition, hvor følelserne vender indad, stemmer denne godt overens med de to overordnede motiver for selvskade kaldet *automatisk negativ forstærkning (ANF)* og *automatisk positiv forstærkning (APF)*. ANF er, hvor individet søger at fjerne en uønsket indre kognition eller emotion, imens APF er, hvor individet søger at skabe en bestemt indre emotion (Nixon & Heath, 2009, p. 33, p. 35).

Den eksternaliserende forsvarsposition, hvor individet søger sikkerhed ved at overvælde mulige trusler, genkendes i fire faktor modellens *social negative forstærkning (SNF)* og *social positive forstærkning (SPF)*. Med SNF som motiver skader individet sig selv for at skabe en ekstern reaktion i form af f.eks. opmærksomhed eller opnåelse af social ressource f.eks. magt. En selvskader med SPF som motiv søger derimod en flugt fra mellem menneskelige krav og at få omgivelserne til at agere på en bestemt måde (Nixon & Heath, 2009, p. 35).

Det forholder sig desuden sådan, at størstedelen af selvskadende individer tager, hvad der minder om, en underdanig strategi i form af ANF, hvor deres følelser internaliseres og de føler skyld, skam og selvhad (Briere & Gil, 1998, p.615).

En del selvskadere vælger derimod den eksternaliserende tilgang, i form af SNF, hvor de skader sig selv for at forsøge at ændre en situation eller få andre til at gøre noget bestemt (Lloyd-Richardson, 2007, p. 1189).

Det ser således ud til, at MEFTs grundlæggende forståelse af skam stemmer godt overens med de strategier og motiver, som de fleste selvskadende individer har.

Ovenstående synes derfor yderligere at støtte hypotesen om, at MEFT er en god behandlingsform til selvskadere, idet den har et særligt fokus på den skam og selvkritik, som størstedelen af selvskadere kæmper med (Jf. afsnit 6.3).

Som tidligere nævnt er selvkritik og selvhad en stor del af en selvskaders hverdag (Jf. afsnit 6.3). Ifølge Gilbert (2010a) kan selvkritik stamme fra forskellige steder og have forskellige funktioner. Selvkritik opstår som en hovedregel, når et individ er i en situation, der er associeret med den originale trussel. Gilbert et al. (2004) fandt i deres undersøgelse af kvindelige studerende frem til, at der var to forskellige former for og funktioner af selvkritik. Den første form kaldes *selvkorrektio*n. Dette er, når et individ er selvkritisk, dvæler ved sine fejl og føler sig utilstrækkelig. Den anden form kaldes *selvhad* og er når individet gerne vil skade sig selv samt føler et had til og væmmelse ved sig selv (Gilbert et al., 2004, pp. 38-39).

Begge komponenter er yderst relevante i arbejdet med selvskadende individer. Imidlertid har de fleste andre terapier (bl.a. KAT, DAT og MBT) også fokus på selvkorrektionen via bl.a. forandring af selvkritiske skemata, skabelse af et stabilt jeg, øget mentaliseringsevne for at mindske følelse af utilstrækkelighedsfølelse osv. (Jf. afsnit 7.1.1, 7.2.1, 7.3.1)

Derfor er det udelukkende komponenten med selvhad, der gennemgås her, da dette fokus synes særegent for MEFT.

Whelton og Greenberg undersøgelse fra år 2005 viste, at det ikke er den kognitive form og indholdet af selvkritikken og -hadet, der udgør det patogene, men i stedet ofte de følelser af vrede og afsky, der opstår i forbindelse med selvkritikken og -hadet (Gilbert, 2010a, p. 94; Whelton & Greenberg, 2005).

Dette synes umiddelbart at stemme godt overens med det faktum, at mange selvkritiske klienter er i stand til at *forstå* det kognitive rationale, der danner udgangspunkt

for deres behandling, men at de sjældent *føler* en forandring (Gilbert & Procter, 2006, p. 355).

Indenfor MEFT tages der højde for dette ved både at arbejde med de narrative, meninger og følelser individet har. Dette gøres for at sikre, at vedkommendes selvmedfølelse er så stærk, at dennes selvkritiske-jeg ikke affærdiger de kognitive interventioner (Gilbert, 2010a, p. 95).

På denne måde er man indenfor MEFT bevidst om, at det ofte er vigtigt at arbejde med klientens selvmedfølelse for at kunne afhjælpe den problematik, som klienten kom med, hvad enten dette sker som en følgevirkning af en forbedret selvmedfølelse eller vha. yderligere intervention.

Som tidligere nævnt i afsnit 9.1 kan der argumenteres for, at selvskadere har et overaktivt trussels- og selvbeskyttelsessystem. Dette synes underbygget af det faktum, at Gilbert forklarer, at når et individ har en tendens til at være overdrevent selvkritisk med dertilhørende følelser af frustration, afsky og skuffelse, er det med til at stimulere trusselssystemet og højne overaktiviteten endnu mere (Gilbert, 2010a, p. 105).

Ovenstående afsnit synes at underbygge hypotesen omkring, at MEFT har et nyt og særegent fokus på selvkritik, som de mere traditionelt anvendte terapiformer til behandling af selvskadende adfærd ikke har. Dermed er MEF et alternativt behandlingstilbud til den store del af selvskadere, der er meget selvkritiske. Dermed står ovenstående som argument for relevansen af forskningsdesignet.

10. Videnskabsteoretiske overvejelser inden udformning af forskningsdesign

Undervejs i udarbejdelsen af denne afhandling er det blevet klart, at der er nogle faktorer, der er vigtige at tage højde for, hvis man vil udføre relevant forskning af en høj kvalitet, som også senere hen er brugbar for andre.

Dette afsnit indeholder derfor en del af disse videnskabsteoretiske overvejelser, som første skridt i udarbejdelsen af forskningsdesignet.

10.1 Problemfelt

I gennem arbejdet med andres empiriske værker og udarbejdelsen af denne afhandling er det blevet klart, hvor vigtigt det er, at der er en klar definition af problemfeltet, for at det bliver muligt at sammenligne forskningsresultater på tværs af undersøgelser.

Butler og Malone (2013) definerer selvskade, som en direkte og bevidst ødelæggelse af ens eget kropsvæv uden individet ønsker at ende livet (Butler & Malone, 2013, p. 1). Holdes kriterierne i den tentative diagnose i DSM-5 for selvskadende adfærd op imod Butler og Malones definition ses omtrent samme forståelse af selvskade (American psychiatric association, 2013, pp. 803-804; (Butler & Malone, 2013, p. 1).

Denne definition er også den, som denne afhandling er bygget op omkring, hvorfor denne definition videreføres i forskningsdesignet.

10.2 Målgruppe og sample

Hvis man vil gøre sig forhåbninger om, at forskningsresultaterne bliver anvendelige er det vigtigt, at samplet er en god repræsentation af den gruppe mennesker, det skal siges noget om. Det er derfor vigtigt at være præcis omkring, hvem der udgør målgruppen og om der er nogle forskelle, der er vigtige være opmærksomme på.

Det er som tidligere nævnt kvinder, der optræder mest i statistikkerne over selvskadere (Rubæk, 2009, p. 31). Dette betyder imidlertid ikke, at mændene ikke er der og at de ikke behøver hjælp. Da det antages, at kvinder og mænd kan reagere forskelligt på behandlingen synes det fornuftigt at fortage kønsopdelte udredninger for at kunne se effekten på gruppen samlet, såvel som kønsopdelt.

Ligeledes er det vigtigt at overveje, hvorvidt samplet skal være klinisk eller ikke-klinisk. Vælges et klinisk sample er det vigtigt at være opmærksom på, at disse evt. kan være anderledes modtagelige og engagerede i behandlingen, idet de allerede er bekendt med sundheds- og behandlingssystemet. Dette kan måske være med til at skabe nogle resultater, der er skævvredet i den positive retning. På den anden side kan der imidlertid argumenteres for, at personer, der er i kontakt med sundheds- og behandlingssystemet er mere syge og derfor viser en lavere effekt af interventionen. Til at undersøge, hvorvidt det er tilfældet, at et kliniske-sample har en højere psykopatologisk sværhedsgrad kan *global assessment of function* (GAF) anvendes. GAF

anvendes til at undersøge en persons psykosociale funktionsniveau. GAF er en kontinuerlig skala, der går fra 1-100, hvor 1 er det lavest tænkelige funktionsniveau og 100 er det højst tænkelige funktionsniveau (Stuart-Hamilton, 2007, p.126).

Af hensyn til rammerne for denne afhandling gennemgås kriterierne for alle 10 funktionsniveauer ikke individuelt.

En score fra mellem 81-100 indikerer, at personen har ingen til minimale symptomer og/eller funktionsvanskeligheder. En score mellem 61-80 betyder, at vedkommende har milde symptomer og/ eller vanskeligheder i sociale sammenhænge, men generelt fungerer. En score på 51-60 indikerer, at personen har moderate symptomer og/eller sociale vanskeligheder. Hvis individet får en score på mellem 41-50 har vedkommende alvorlige symptomer og/ eller alvorlige sociale funktionsnedsættelser. Scorer fra 0-40 indebærer bl.a. dårlig realitetssans, selvmordsforsøg, vold, mani og/eller et meget dårligt socialt funktionsniveau (Hilk, 2015, p. 482).

Ud fra disse symptom- og funktionsinddelinger bliver det muligt at vurdere, hvorvidt et individ er egnet til deltagelse i en undersøgelse.

Ud fra GAF inddelingerne argumenteres der for, at deltagere i en undersøgelse af en interventionseffekt bør have et symptom- og funktionsniveau mellem 40-60. Dette niveau er med til at sikre, at deltagerne er i stand til at følge programmet samtidig med, at deres symptomniveau er højt nok til, at der kan registreres en effekt af interventionen. Med en måling af undersøgelsesdeltagernes psykopatologiske sværhedsgrad bliver det ligeledes muligt at undersøge, hvorvidt der er en forskel på den kliniske- og ikke-kliniske population af selvskadere. Dette tilvejebringer viden omkring, hvorvidt effektstørrelsen af MEFT til behandling af selvskade er generaliserbar.

Da dette forskningsdesign er, et af hvis ikke, det eneste studie, der har undersøgt effekten af MEFT på selvskadende individer argumenteres, der for et klinisk sample, idet dette er lettest tilgængeligt. Årsagen til dette er, at der på forhånd er etableret en kontakt til disse individer i form af deres tilknytning til deres behandlingssted. Hvis forskningshypoteserne bekræftes og der findes en positiv effekt anbefales yderligere forskning med et ikke-klinisk sample.

Samme overvejelser gør sig gældende for alder, som det gør for køn. Alt efter hvilken aldersgruppe et individ befinder sig i er der forskellige faktorer, der gør sig gældende i ens liv. En 14 årig befinder sig i teenagelivet, hvor kroppen forandrer sig, alt er nyt og social anerkendelse ofte betyder meget, imens en mor på 35 år forsøger at

håndtere arbejde, børn og privatliv. Derfor kan effekten af behandlingen være forskellig fra aldersgruppe til aldersgruppe.

Dette forsøger denne afhandlings forskningsdesign at kompensere for ved at der, hvis muligt:

- 1) inddrages deltagere i alderen 14-60 år
- 2) foretages effektberegninger indenfor aldersgrupperne 14-19 år, 20-30 år, 31-40 år, 41-50 år og 51-60 år.

På denne måde bliver det muligt at se om behandlingen har en særlig god eller dårlig effekt indenfor nogle af aldersgrupperne. Ligeledes højnes undersøgelsesresultaternes anvendelighed for andre, idet det er muligt at anvende alle resultaterne eller blot resultaterne fra bestemte aldersgrupper.

Ydermere er det vigtigt at man gør sig nogle overvejelser omkring kontrolgrupper. Inddrages en kontrolgruppe i en given undersøgelse opnås der et mere reelt billede af interventionens effekt, idet det bliver muligt at skelne mellem interventionens effekt og bedringer i den selvskadende adfærd, der kommer, fordi tiden går. Derfor kommer denne afhandlings forskningsdesign til at have en kontrolgruppe.

10.3 Data indsamling og instrumenter

I forhold til data indsamling og instrumenter er det vigtigt at have for øje, hvilken betydning proceduren for data indsamling og typen af måleredskaber har for resultatet. Én af disse overvejelser går bl.a. på, hvorvidt der skal anvendes skalaer, som deltagerne selv udfylder eller interviews.

Som tidligere nævnt forholder det sig således, at hvis der anvendes deltagerudfyldte skalaer er der en risiko for, at deltagerne misforstår ét eller flere af spørgsmålene i skalaerne og derfor svarer på noget andet, end det de egentlig bliver spurgt om. Dette kan bl.a. forekomme, hvis der er en uoverensstemmelse mellem deltagerens og forskernes opfattelse af, hvad spørgsmålet indebærer (Jf. afsnit 2.3.1.1). Det er ydermere vigtigt at være opmærksom på, at der grundet fænomenet *social ønskværdighed* kan forekommen en diskrepans mellem deltagerens faktiske svar og deres reelle holdning. Dette kan f.eks. ske, hvis deltageren bevidst svarer ja, når vedkommende mener nej, fordi deltageren ønsker at give et socialt acceptabelt svar (Coolican, 2009).

p. 183). Denne diskrepans kan ligeledes opstå under et interview. Dette kan føre til, at der kommer en underrepræsentation af indberettede selvskade episoder, fordi undersøgelsesdeltagerne forsøger at skjule deres adfærd. Dermed er der fordele og ulemper ved begge typer af dataindsamling.

På baggrund af ovenstående overvejelser kommer denne afhandlings forskningsdesign derfor til at inkorporere begge dele ved først at lade undersøgelsesdeltagerne udfylde en skala for derefter at deltage i en uddybende samtale. Dette gøres på trods af risikoen for, at nogle deltagere evt. finder dette belastende og derfor har en øget risiko for at falde fra.

Desuden er det vigtigt at overveje, hvor mange målinger undersøgelsen skal bestå af. For at kunne sige noget om både korttids- og langtidseffekten er det nødvendigt at have en start, en slut og en follow-up måling. For at kunne se effekten af interventionen undervejs kan en midtvejsmåling anvendes. Det er dog vigtigt at gøre sig bevidst om, at dette kan lægge for meget pres på undersøgelsesdeltagerne og derfor højne risikoen for frafald. Derfor bliver dette forskningsdesigns resultater indsamlet på baggrund af en startmåling, en slut måling og en follow-up måling efter 9 måneder. Desuden er det vigtigt at være opmærksom på, hvilke konsekvenser de krav der stilles til deltagernes aktuelle tilstand, med deres selvskadende adfærd, har. Hvis det vælges, at kravet skal være, at deltagere blot skal have skadet sig selv én gang i deres liv kan man risikere at have deltagere med som skadede sig selv for mange år siden, men som ikke længere gør det. På den anden side er der en risiko for at relevante undersøgelsesdeltagere sorteres fra, hvis der fastsættes en tidsramme for, hvornår deltagere sidst skal have skadet sig selv f.eks. indenfor den sidste måned. Dette er der blevet taget højde for i nærværende forskningsdesign, idet kravet til deltagernes aktuelle tilstand er, at de skal have haft pågående selvskadende adfærd indenfor de sidste seks måneder inden undersøgelsens start.

Valget af instrumenter er ligeledes vigtig. For at kunne undersøge hypotesen om, at MEFT kan bedre en selvskaders selvmedfølelse og der igennem mindske mængden af selvhad, selvkritik og selvskadende adfærd, er det vigtigt, at de instrumenter der anvendes, kan måle dette.

Derfor er instrumenterne i dette forskningsdesign nøje valgt ud fra tanken om, at de skal kunne tilvejebringe informationer, der gør det muligt at besvare forskningsspørgsmålene.

11. Forskningsdesignet

Følgende forskningsdesign følger Fraenkel et al. (2015, pp.615-621) forslag til opbygning af et forskningsdesign. Der forekommer imidlertid afvigelser fra disse retningslinjer, idet der løbende er afsnit, hvor de valg der er truffet, bliver diskuteret.

11.1 Problemfeltet

Formålet med dette studie er at undersøge, hvorvidt medfølelsesfokuseret terapi (MEFT) kan reducere selvskadende adfærd via en forbedring af selvskaderens selvmedfølelse. Sammenligningsgrundlaget er en kontrolgruppe, der modtager deres sædvanlige behandling. Da afsnit 2-9 i afhandlingen tjener som argumentation for relevansen af dette forskningsdesign kommer her udelukkende en kort opsummering. Selvskadende adfærd er noget, der ”altid” har eksisteret og er derfor ikke et nyt fænomen (f.eks. Favazza, 1989, p. 142). Der er imidlertid kommet mere opmærksomhed på det i takt med, at mængden af selvskadere tilsyneladende stiger. Selvom selvbeskadigelse umiddelbart bliver et større og større problem og behandlere er enige med hinanden i, at selvskadere er nogle af de sværeste klienter at behandle, mangles der viden omkring, hvilke interventionsformer, der har en god effekt på selvskadere (Hazel et al. 2009, p. 662; Plener et al., 2010, p. 59).

Langt størstedelen af alle selvskadere skader sig selv for at ændre en kognitiv eller emotionel tilstand (Nixon & Heath, 2009, p. 33). Det næststørste motiv er opmærksomhed fra andre eller for at opnå en social ressource (Lloyd-Richardson et al., 2007, p. 1188). Derved ses det således, at langt de fleste selvskadende individer drives af de samme motiver.

En anden ting de fleste selvskadende individer har til fælles er tendens til at være meget selvkritisk, at have et stort had til sig selv og derfor har de et behov for at straffe sig selv (Møhl, 2006, p. 67; Briere & Gil, 1998; Nock & Prinstein, 2004; Favazza & Conterio, 1989).

Tidligere undersøgelser har vist, at bl.a. KAT, DAT og MBT i varierende grad kan reducere mængden af selvskadende adfærd (slee et al., 2009; Fleischhaker et al., 2011, Rossouw & Fonagy, 2012).

Disse tidligere undersøgelser af behandling af selvskadende adfærd har i høj grad fokuseret på det kognitive aspekt af adfærden. Gilbert og Procter (2006) har imidler-

tid fundet frem til det faktum, at mange selvkritiske individer godt kan *forstå* det kognitive rationale, der danner udgangspunkt for deres behandling, men at de sjældent *føler* en forandring (Gilbert & Procter, 2006, p. 355).

Det er i forhold til denne problematik MEFT kan noget andet og mere end de hidtil afprøvede interventionsformer.

MEFT har fokus på det følelsesmæssige aspekt af selvbeskadigelsen, hvorefter der arbejdes med det kognitive aspekt. Antagelsen er den, at MEFT kan være med til at opbygge et ”indre skjold” i selvskaderen, der beskytter mod selvkritikken og –hadet. Derved bliver individet mere modstandsdygtig overfor trangen til at skade sig selv, idet MEFT har et særligt fokus på opbyggelsen af individets selvmedfølelse. Dette sker igennem en skabelse af balance mellem trussels- og selvbeskyttelsessystemet og tilfredsstillelses- og beroligelsessystemet.

På baggrund af dette synes et effektstudie af MEFT til behandling af selvskadende adfærd yderst relevant. Selvskaderne får dermed mulighed for at modtage en behandlingsform, der har hovedfokus på deres voldsomt selvkritiske jeg.

11.1.1 Forskningsspørgsmål og hypoteser

Objektet for denne undersøgelse er derfor forholdet mellem MEFT, selvkritik, herunder selvhad, selvmedfølelse samt selvskadende adfærd. Derfor bliver undersøgelsens forskningsspørgsmål dette:

Kan MEFT reducere mængden af selvskadende adfærd hos individer, der har en høj grad af selvkritik?

Forskningsspørgsmålet søges besvaret gennem følgende tre delspørgsmål:

1) *Kan der efter et forløb med MEFT registreres en reduktion i undersøgelsesdeltagernes selvskadende adfærd i forhold til før behandlingsstart?*

Hypotese 1a) Det forventes, at der efter endt behandlingsforløb med MEFT kan registreres en reduktion i undersøgelsesdeltagernes selvskadende adfærd i forhold til før behandlingsstart.

- 2) *Kan der efter et forløb med MEFT registreres en reduktion i undersøgelsesdeltagerens grad af selvkritik og selvhad i forhold til før behandlingsstart?*

Hypotese 2a) Det forventes, at der efter endt behandlingsforløb med MEFT kan registreres en reduktion i undersøgelsesdeltagerens grad af selvkritik og selvhad i forhold til før behandlingsstart

- 3) *Kan der efter et forløb med MEFT registreres en stigning i undersøgelsesdeltagerens grad af selvmedfølelse i forhold til før behandlingsstart?*

Hypotese 3a) Det forventes, at der efter endt behandlingsforløb med MEFT kan registreres en stigning i undersøgelsesdeltagerens grad af selvmedfølelse i forhold til før behandlingsstart.

11.2 Begrebsafklaring

Af hensyn til gennemsigtigheden og den fremtidige mulighed for at kunne replikere dette studie præsenteres her forståelsen af nøglebegreberne i forskningsspørgsmålet og de tilhørende delspørgsmål og hypoteser.

Selvskadende adfærd forstås i dette forskningsdesign ud fra Butler og Malones definition af selvskadende adfærd. De definerer selvskadende adfærd, som værende en direkte og bevidst ødelæggelse af ens eget kropsvæv uden intentionen om at dø (Butler & Malone, 2013, p. 1).

Selvmedfølelse forstås i dette forskningsdesign ud fra Neffs definition. Neff definerer selvmedfølelse, som et individs evne til at blive "... *touched by and open to one's own suffering, not avoiding or disconnecting from it, generating the desire to alleviate one's suffering and to heal oneself with kindness*" (Neff, 2003a, p. 87). Denne definition indeholder desuden en forståelse af selvmedfølelse, som et tre delt konstrukt. De tre dele er:

1. Et individs evne til at være venlig og forstående overfor sig selv i stedet for at være hårdt dømmende og selvkritisk

2. Et individs evne til at kunne se sine egne oplevelser, som en del af en større menneskelig oplevelse i stedet for at se oplevelserne, som adskillende og isolerende
3. Et individs evne til at være opmærksom på sine egne smertefulde tanker og følelser på en afbalanceret måde, fremfor at overidentificere sig med dem (Neff, 2003a, p. 89).

Selvkritik og selvhad forstås i dette forskningsdesign ud fra Gilberts forståelse af selvkritik. Han forklarer, at selvkritik har sit fæste i flere forskellige ting og kan have forskellige funktioner. Som en hovedregel opstår selvkritik, når individet er i en situation, der skaber associationer om den originale trussel (Gilbert, 2010a, p. 94). Et sådan eksempel kunne være, hvis Lise har en mor, der i Lises barndommen altid skældte ud over ”dårlige karakterer” og ”at Lise ikke havde arbejdet hårdt nok”. Dette kunne vække selvkritik hos Lise. Hvis Lise mange år senere, så får kritik af sin chef vil Lise igen føle sig selvkritisk, fordi denne oplevelse skaber associationer til hendes kritiske mor.

Der findes to former for selvkritik:

- 1) *Selvkorrektion*: Dette indebærer, at individet er selvkritisk, dvæler ved sine fejl og føler sig utilstrækkelig
- 2) *Selvhad*: Dette indebærer, at individet gerne vil skade sig selv og føler et had til og væmmelse ved sig selv (Gilbert et al., 2004, pp. 38-39).

I dette forskningsdesign er det imidlertid i særlig grad fokus på elementet *selvhad*.

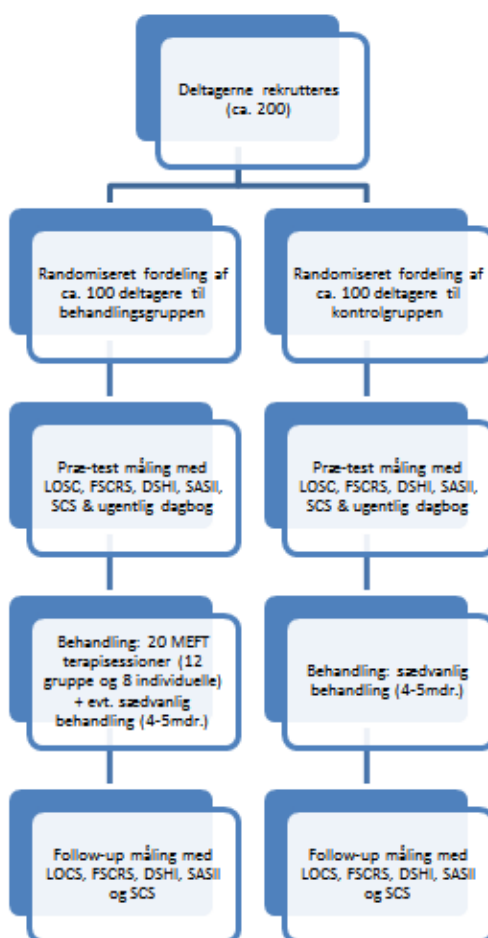
11.3 Baggrund for og gennemgang af relateret litteratur

Her fraviges Fraenkel et al. (2015) retningslinjer for opbygning af et forskningsdesign. Her skulle der have været en gennemgang af den relevante litteratur, der omkranser feltet *selvskade og behandling heraf*. Da dette i vid udstrækning er gennemgået i afhandlingens del 2-9 henvises der i stedet til disse afsnit for en udførlig gen-

nemgang af baggrunden for og gennemgang af relevant litteratur i forhold til dette forskningsdesign.

11.4 Et randomiseret prætest-posttest kontrol gruppe design

Dette forskningsdesign er udviklet på baggrund af principperne for et randomiseret prætest-posttest kontrol gruppe design. Dette betyder, at undersøgelsen består af to grupper, der er tilfældigt sammensat. Begge grupper bliver målt i alt tre gange; én gang før behandlingen, én gang efter behandlingen samt én gang ved en follow-up måling. Den ene gruppe modtager behandling med MEFT, imens den anden ikke gør. Indsamlingen af data sker på samme tid for begge grupper (Fraenkel et al., 2015, p. 271-272). Processen ses i denne figur:



Figur 10) Forskningsdesignets randomiserede præ-test post-test kontrolgruppe design opbygning

11.5 Procedure

Da dette forskningsdesign tager udgangspunkt i et klinisk sample er målet at opnå en randomiseret udvælgelse af deltagere indenfor disse rammer.

11.5.1 Rekruttering

Rekrutteringen foregår ved, at der tages kontakt til private og kommunale behandlingstilbud til selvskadere i Danmark. Disse behandlere bedes tilbyde alle deres selvskadende klienter deltagelse i undersøgelsen. De der accepterer tilbuddet testes med GAF for deres symptom- og funktionsniveau. Et kriterium for deltagelse i undersøgelsen er en GAF-score mellem 40-60. Fordelingen af deltagerne i henholdsvis behandlingsgruppen og kontrolgruppen foregår via central lodtrækning. Dette betyder, at fordelingen foretages af et uafhængigt analysekontor, hvor fordelingen udføres af en computer. Først herefter modtager forskningslederen klienternes oplysninger og data over fordelingen af disse i grupperne. Dette gøres for at sikre den højest mulige grad af randomisering.

11.5.2 Sample

Det anbefales, at der i eksperimentelle undersøgelser er ca. 30 deltagere i hver gruppe for at opnå en så lille fejlmargen, som muligt (Fraenkel et al., 2015, p. 108). Da dette er et forskningsdesign til et pilotstudie følges disse anbefalinger. I tilfælde af, at pilotstudiet viser, at forskningsspørgsmålet kan støttes anbefales det, at der laves en power analyse for at sikre en optimal samplestørrelse. Da der i enhver undersøgelse er sandsynlighed for et frafald af deltagere undervejs er der taget højde for dette ved, at der udvælges 200 deltagere, svarende til 100 deltagere pr. gruppe. Deltagerne accepteres i en alder fra 14-60 år og der diskrimineres ikke mellem køn, etnicitet og seksualitet. Der opnås desuden skriftligt samtykke fra værger til de deltagere, der er under 18 år ved undersøgelsens start.

11.5.2.1 Inklusionskriterier

Deltagerne skal kunne opfylde følgende fire inklusionskriterier for at kunne deltage i undersøgelsen

- Alder fra 14-60 år

- Pågående selvskadende adfærd i form af mindst fem selvskade episoder indenfor de sidste seks måneder.
- Den selvskadende adfærd skal være det primære problem
- GAF-score på mellem 40-60

11.5.2.2 Eksklusionskriterier

Hvis en deltager, der ellers opfylder alle fire inklusionskriterier, opfylder ét af følgende fire eksklusionskriterier ekskluderes vedkommende fra undersøgelsen:

- IQ under 70
- Tidligere alvorlige hovedskader
- Nuværende anvendelse af medicin, der har beroligende og/eller bedøvende virkning
- Diagnosticeret med én eller flere livsvarige diagnoser, der falder ind under Akse 1 i DSM-5 f.eks. angst og dystymi

Årsagen til at individer med en IQ på under 70 ekskluderes fra undersøgelsen er, at en IQ på under 70 er skillelinjen mellem normal begavelse og mental retardering (Wechsler, 1944, p.37; Strømme & Valvatne, 1998, p.1).

Det antages, at individer med mindre begavelse end gennemsnitsbefolkningen kan have andre årsager til og funktioner af deres selvskade. Ydermere kræver deltagelsen i terapiforløbet et vist kognitivt niveau. Derfor ekskluderes disse individer fra undersøgelsen af hensyn til generaliserbarheden og troværdigheden af resultatet.

Hvis deltagerene er diagnosticeret med en symptomidelse (akse 1 diagnose) og den selvskadende adfærd dermed er sekundær, ekskluderes disse. Dette gøres, idet hensigten med undersøgelsen er at opnå viden omkring MEFTs effekt på selvskadende adfærd, i tilfælde hvor selvskaden er det primære problem.

11.5.3 Instrumenter

The National Institute of Mental Health har udviklet en vejledning til, hvad der bør overvejes, når der udvælges psykologiske instrumenter til behandling, såvel som forskning. Disse generelle guidelines er som følger:

- Instrumentet skal være relevant for målgruppen, det anvendes på
- Det skal være let anvendeligt med allerede færdigt udviklede træningsmodeller

- Det foretrækkes, at instrumentet fremlægger information omkring, hvilke behandlingsformer, der er en tilknytning til
- For at opnå de bedste resultater anbefales det, at der anvendes flere forskellige instrumenter og som et minimum anvendes selvrapporterende instrumenter
- Der redegøres for pris og nytteværdi
- Instrumentet skal imødekomme minimumskriteriet for psykometrisk tilstrækkelighed, hvilket indebærer minimumskriteriet for validitet, reliabilitet og at det ikke er påvirkeligt af udefrakommende situationelle faktorer såsom fysiske rammer (Cloutier & Humphreys, 2009, pp.117-118).

For at sikre kvaliteten af de udvalgte instrumenter i dette forskningsdesign er alle instrumenter blevet gennemgået i forhold til de seks ovenstående retningslinjer.

Dermed danner disse grundlaget for valget af anvendte instrumenter. I nogle tilfælde har omstændighederne gjort, at én eller flere af disse retningslinjer er blevet fraveget og instrumentet er blevet inkluderet på trods. I sådanne tilfælde påtales det løbende.

11.5.3.1 Selvskade - DSHI & SASII

Til indsamling af informationer omkring deltagernes selvskadehistorie og dermed til undersøgelse af hypotese 1a anvendes én skala og ét struktureret interview.

Skalaen der anvendes, kaldes *deliberate self-harm Inventory (DSHI)* og blev udviklet af Gratz (2001). Skalaen er udviklet til at kunne måle selvskadende adfærd i form af frekvens, varigheden af selvskadeepisoderne, sværhedsgrad og typen af selvskade teknikker (Gratz, 2001, p. 255).

Skalaen består af 17 items og tager cirka fem minutter at besvare (Gratz, 2001, p. 255; Cloutier & Humphreys, 2009, p. 129). Idet DSHI er udviklet på baggrund af en klar definition af selvskade (den samme som denne afhandlings definition af selvskade) bliver deltageren specifikt guidet til kun at rapportere adfærd, der ikke involverer et dødsønske (Cloutier & Humphreys, 2009, p. 129).

Desuden er DSHI udviklet til at kunne give data om frekvensen af den selvskadende adfærd og ikke blot, hvorvidt den selvskadende adfærd er til stede eller ej (Cloutier & Humphreys, 2009, p. 129).

Ifølge undersøgelser har skalaen en god intern reliabilitet samt en meget god test-

retest reliabilitet. Ligeledes findes en høj validitet (Gratz, 2001, pp. 258-259). Derfor anses denne skala, som værende meget valid i sin måling af selvskadende adfærd.

Det strukturerede interview, der anvendes kaldes *The Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII)*. SASII er designet til at kunne måle den selvskadede adfærd i forhold til følgende parametre: frekvensen, metoden, sværhedsgraden, konteksten, hensigten, årsagerne og resultatet (dødelig, ikke-dødelig, suicidal og ikke-suicidal) (Linehan et al., 2006, p. 304; Cloutier & Humphreys, 2009, p. 131).

SASII består af både åbne spørgsmål, checklister, tvungne valg, likert-skalaer og ja/nej spørgsmål (Cloutier & Humphreys, 2009, p. 131).

Det er tidligere blevet bevist, at SASII er i stand til at måle ændringer i effektstudier bl.a. med suicidale voksne (f.eks. Linehan, Comtois, Murray et al, 2006). Desuden har SASII et fleksibelt scoringssystem, der gør det muligt at fokusere på dele af interviewet f.eks. kun den selvskadende adfærd (Cloutier & Humphreys, 2009, p. 132). I forhold til validitet (indhold og konstrukt) og reliabilitet klarer dette interview sig overordnet godt, men skalaerne rangerer imidlertid fra uacceptabel til fortræffelig (Cloutier & Humphreys, 2009, p.122).

Ved at anvende disse to instrumenter sammen tages der højde for de bias, der kan opstå ved individuel brug af enten deltagerudfyldte skalaer eller interviews (Jf. afsnit 10). Disse bias er mulige fejlfortolkninger af items ved skalaerne og at individet svar usandfærdigt i interviewet pga., et ønske om at fremstå på den bedst mulige måde eller fordi, at vedkommende tror, at det gør forskeren glad (social ønskværdighed). En kombination, hvor der først anvendes en deltagerudfyldt skala og derefter et struktureret interview, hvor evt. fejlfortolkninger kan spores, er med til at minimere sandsynligheden for at ovennævnte bias opstår. Kombinationen skaber desuden muligheden for at sammenligne resultaterne fra skalaerne og de strukturerende interviews, hvorved det kan undersøges om resultaterne er påvirket af ”social ønskværdighed”.

11.5.3.2 Selvkritik - LOSC, FSCRS & ugentlig dagbog

Til at måle graden af deltagernes selvkritik og dermed undersøge hypotese 2a anvendes tre instrumenter.

Det første instrument består af én skala. Denne skala hedder *Levels of self-criticism scale* (LOSC) og blev udviklet af Thompson og Zuroff i 2002. LOCS måler 1) selvkritik, der opstår, når individet sammenligner sig med andre og 2) selvkritik, der opstår, når individet sammenligner sig med sine egne forventninger til sig selv (Thompson & Zuroff, 2002, p. 421).

LOCS skalaen består af i alt 22 items, hvor 12 items er designet til at måle individets sammenlignende selvkritik og 10 items er designet til at måle individets interne selvkritik (Thompson & Zuroff, 2002, p. 423).

Hvert item består af ét udsagn, hvor individet vurderer, hvor godt udsagnet passer på dem selv på en likert-skala fra 1 (slet ikke) til 7 (meget godt) (Gilbert et al, 2004, p. 36).

LOSC-skalaen er desuden testet i forhold til dens validitet og reliabilitet. Reliabiliteten er målt med Chronbachs alpha og viste 0,81 for sammenlignende selvkritik og 0,87 for intern selvkritik (Gilbert et al, 2004, p. 36).

Dette betyder, at den har en god reliabilitet og dermed måler alle items selvkritik med stor sikkerhed. Der angives ingen data i forhold til validiteten.

Det andet instrument hedder *The forms of the self-criticizing/attacking and self-reassuring scale* (FSCRS). Skalaen er udviklet til at undersøge henholdsvis et individs selvkritik og individets evne til at berolige sig selv, når noget går galt for dem. Skalaen består af 24 items. Hvert item består af ét udsagn, hvor individet skal svare på, hvor meget udsagnet ligner dem. De svarer på en likert-skala med fem svarmuligheder, hvor 0 er *slet ikke som mig* og 4 er *ekstremt meget som mig* (Gilbert et al, 2004, p. 36).

Da det ikke har været muligt at fremskaffe data omkring skalaens reliabilitet og validitet må det faktum, at det er en ofte anvendt skala stå som kvalitetsstempel.

Det tredje instrument er en ugentlig dagbog. Dette dagbogs-koncept er udviklet af Gilbert og Procter (2006) i forbindelse med deres undersøgelse af compassionate mind training til folk med høj skam og selvkritik. Dagbogen er designet til at måle individets egen oplevelse af henholdsvis deres selvkritiske og selvberoligende tanker og følelser. Dagbogen er opdelt i intervaller, hvilket betyder, at individet skal rapportere for en given periode (f.eks. en uge) på én gang (Gilbert & Procter, 2006, p. 366). Selvom metoden med rapportering én gang om ugen er forbundet med retrospektive bias i form af f.eks. måden en oplevelse huskes på, anvendes den.

Årsagen til dette er, at Ferguson (2005) forklarer, at interval dagbøger er gode at anvende, når det undersøgte subjekt optræder ofte, ikke har et fikseret start og slut tidspunkt og kan være vedvarende eller sporadisk, sådan som selvskadende adfærd ofte er det (Ferguson, 2005, pp. 111-114)

Ved at anvende disse tre instrumenter opnås der tilsammen to ting:

- En forståelse af individets grad af selvkritik
- En forståelse af individets evne til at berolige sig selv.

Ydermere opnås der data, der har en mere kvalitativ art, idet den ugentlige dagbog giver et indtryk af, hvorvidt individets selv *oplever*, at dennes *tanker og følelser*, i forbindelse med selvkritiske situationer, har ændret sig og er blevet færre. Som tidligere nævnt i afsnit 9.4 er det vigtigt at være opmærksom på, om det selvkritiske individ, i dette tilfælde selvskaderen, selv *føler* en bedring på trods af, at data tyder på, at de har opnået en bedring. Derfor synes denne kombination af LOCS, FSCRS og den ugentlige dagbog at være god.

11.5.3.3 Selvmedfølelse - SCS

Til indsamling af data omkring deltagernes grad af selvmedfølelse og dermed undersøgelse af hypotese 3a anvendes *Self-compassion Scale*.

SCS er udviklet af Neff og er designet til at kunne måle et individs selvmedfølelse. Skalaen består af 26 items, der er formuleret som en påstand. Vedkommende der udfylder skalaen skal ud fra en femdelt likert-skala (1= næsten aldrig, 5 = næsten altid) besvare i, hvor høj grad udsagnet passer (Neff, 2003b, p. 238).

Undersøgelse af SCS reliabilitet og validitet viser, at skalaen er både psykometrisk og teoretisk sund (Neff, 2003b, p. 244).

SCS er udover dens psykometriske egenskaber valgt, idet afhandlingens forståelse af selvskadende adfærd delvist er defineret af Neff og delvist af Gilbert.

Det synes derfor passende at vælge en skala udviklet af Neff, idet det antages, at SCS måler selvskade ud fra samme definition.

Samlet set synes disse seks instrumenter at være dem, der hver for sig er bedst egnet til at besvare de individuelle underspørgsmål og – hypoteser. Samtidig er de tilsam-

men i stand til at give informationer om, hvorvidt MEFT har forbedret de selvskadendes selvmedfølelse og som et resultat heraf reducerer deres selvskadende adfærd.

11.5.4 Interventionen

11.5.4.1 Før, under og efter

Hele forløbet strækker sig over ni måneder. Inden behandlingsforløbets start udfylder alle deltagerene i behandlingsgruppen såvel som kontrolgruppen henholdsvis LOCS, FSCRS, DSHI. Efter dette deltager alle i SASII. Dagen inden undersøgelsens start udfylder alle deltagerne dagbogen omhandlende ugen op til behandlingsstart. Selve interventionsforløbet strækker sig over 12 gruppesessioner og 8 individuelle sessioner, hvilke afholdes over 4-5 måneder. Herefter foretages en slutmåling og alle deltagerne udfylder igen LOCS, FSCRS og DSHI. Efter dette deltager alle i SASII. Herefter stoppes al behandling af deltagerne og deltagerne stopper med at udfylde den ugentlige dagbog. Kontrolgruppen stopper med at udfylde den ugentlige dagbog efter fire måneder. Ni måneder efter behandlingens oprindelige start laves en follow-up måling med LOCS, FSCRS og DSHI og SASII.

Alle interviews, terapisesioner, analyser osv. udføres af psykologer med de relevante kompetencer og med erfaring med henholdsvis administrering af MEFT og behandling af selvskadende adfærd generelt. For at sikre, at psykologerne administrerer terapien, som tiltænkt, testes dette ved hjælp af *the collaborative study psychotherapy rating scale (CSPRS)* (Hill et al., 1992, p. 74).

På trods af grundig og systematisk søgning i databaser og bøger har det ikke været muligt at finde en CSPRS skala til MEFT. Derfor er det en del af projektet, at de behandlende psykologer modtager fortløbende videosupervision på både de individuelle sessioner og gruppesessionerne. Således kan tilfælde, hvor terapien ikke administreres korrekt, opdages og det bliver muligt at korrigere eventuelle fejl. Ydermere bliver psykologerne undervist i administrationen af de særegne MEFT teknikker for, så vidt muligt at sikre, at disse administreres korrekt.

Deltagerne modtager al behandling på behandlingsstedet. Ydermere er det tilladt for alle deltagere at modtage deres sædvanlige behandling sideløbende med undersøgelsen. Dette tillades af hensyn til deltagernes sikkerhed og deres igangværende behandlingsforløb. Dette design besværliggør imidlertid registreringen af den reelle effekt af

interventionen. Dette forsøges der kompenseres for ved hjælp af kontrolgruppen. Den reelle effekt kan registreres ved at trække kontrolgruppens effektstørrelse fra behandlingsgruppens effektstørrelse. På denne måde fratrækkes den effektstørrelse deltagerne vanlige behandling måtte have haft fra MEFTs effektstørrelse.

I det tilfælde at nogle deltagere skulle frafalde undersøgelsen anvendes data fra disse ikke i analysen.

11.5.4.2 Selve terapiforløbet

Som tidligere beskrevet i del 9 er medfølelsesfokuseret terapi udviklet ud fra en evolutionær og biopsykosocial tankegang. Selve interventionen tager udgangspunkt i flere terapiformer og har i særlig grad fokus på følgende:

- Den terapeutiske alliance
- Guidet udforskning
- Sokratiske dialog
- Kæde analyse
- Adfærdseksperimenter
- Eksponering og træning i tolerance
- Mindfulness
- Guidet billedliggørelse (Gilbert, 2010b, p. 7).

MEFT har sine rødder indenfor den kognitive adfærdsterapi, hvorfor MEFT i vid udstrækning følger retningslinjerne for KAT (Gilbert, 2010b, p. 39).

Indenfor MEFT findes desuden *compassionate mind training (CMT)*. CMT refererer til den specifikke træning og anvendelse af guidede øvelser, der bruges til at udvikle individets sensitivitet, sympati, empati og tolerance overfor emotionel stress. Ydermere er målet for CMT at styrke individets evne til at kunne have en ikke-dømmende og ikke skyldsbetonet tilgang til sig selv (Gilbert, 2010b, p. 7).

Yderligere har CMT et særligt fokus på reaktionsmønstre, idet reaktioner på trusselsfølelser ofte er hurtige reaktioner dannet i forsvarssystemet. Disse reaktioner er ofte forbundet med emotionelle minder og kan derfor få os til at handle på dem, inden vi bevidst får overvejet, hvorledes vi vil reagere (Gilbert & Procter, 2006, p. 359).

Dette synes at stemme godt overens med de karakteristika, der kendetegner selvska-dere (Jf. afsnit 6), hvorfor det synes relevant at inkorporere CMT i nærværende forskningsdesign.

Overordnet forløber et CMT-forløb med individuelle sessioner i to faser.

I første fase er fokus på at etablere en god alliance mellem klienten og terapeuten. Herefter ”deler” klienten og terapeuten klientens historie. Dette gøres ved hjælp af sokratiske dialog og refleksion. Dernæst er der fokus på psykoedukation omkring MEFT (Gilbert, 2010b, p. 33).

Ydermere er der fokus på, at klienten lærer at visualisere, praktisere og øve sig i at have et medfølelse fokus på selvet, målene og fremtiden (Gilbert, 2010b, p. 33).

I anden fase er der fokus på klientens hukommelse, metakognitive ræsonering, de tre emotionelle systemer og adfærden. Disse fire faktorer ses og arbejdes der med i lyset af en (selv)medfølelse tilgang (Gilbert, 2010b, p. 36).

Interventionsforløbet i nærværende forskningsdesign er derfor bygget op omkring grundidéen bag MEFT (Gilbert, 2010a), grundidéen bag KAT (Beck, 2013) samt CMT (Gilbert, 2010b).

Terapiforløbet strækker sig over 4-5 måneder. Deltagerne i behandlingsgruppen tager del i, i alt 20 terapisesioner af henholdsvis 12 gruppesessioner og 8 individuelle terapisesioner. Gruppesessioner og de individuelle terapisesioner forløber parallelt. Gruppesessionerne varer i to timer, imens de individuelle sessioner varer i 45 minutter. Der må maks. være 16 deltagere i hver gruppe.

Argumentet for at anvende både individuel- og gruppeterapi er som følger: KAT anvender i vid udstrækning individuel terapi (Beck, 2013, p. 23). Idet MEFT udspringer af KAT, og der er empirisk belæg for KATS effekt til behandling af selvskadende adfærd, synes det vigtigt at videreføre dette. Desuden er CMT udviklet til både at kunne anvendes individuelt og i grupper (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert 2010b), hvorfor denne opbygning af terapiforløbet ikke kompromitterer undersøgelsens validitet.

Ydermere antages det, at selvskadere kan have gavn af individuelle terapisesioner, hvor deres specifikke situationer kan diskuteres fortroligt. Gruppesessionerne er vigtige, idet individer i grupper ofte identificerer sig med hinanden og støtter hinanden i de temaer, der omgiver deres problemstillinger (Gilbert & Procter, 2006, p. 362).

Gruppesessionerne antages desuden at give selvskadere et trygt miljø at træne deres mentaliseringssevne og forståelse af andres signaler i (Jf. afsnit 3.3).

Af hensyn til overskueligheden bliver indholdet af og tilgangen til henholdsvis gruppesessionerne og de individuelle sessioner gennemgået hver for sig.

11.5.4.2.1 Gruppessionerne

Det forholder sig således, at når MEFT udformes som gruppeterapi er sessionerne meget øvelsesorienteret (Gilbert & Procter, 2006, p.366). Derfor er gruppessionerne i forskningsdesignet også det.

- **Session 1-3:** Her udforskes intentionen bag MEFT og CMT. Ligeledes psykoedukeres der omkring selvskadende adfærd (motiver, funktioner, prævalens osv.). Deltagerne bliver gjort bekendt med, hvad medfølelse og selvmedfølelse er. Der tales om, hvad selvkritik og selvhad er samt diskuteres, hvilken forbindelse dette har til deltagerens selvskadende adfærd (Gilbert & Procter, 2006, p.366). Dette gøres med henblik på at give deltagerne indsigt i, hvilke situationer der aktiverer deres selvskadetrang.
Der er desuden fokus på at reducere følelser af skam, skyld og stigma. Ligeledes er der fokus på at give deltagerne en følelse af at være normale og blandt ligesindede. Dette gøres med formålet at højne lysten til at udvikle selvmedfølelse kompetencer (Braehler et al., 2013, p. 204)
- **Session 4-9:** I disse sessioner arbejdes der med frygten for at udvikle selvmedfølelse samt forskellen på selvmedfølelse og selvmedlidenhed (Gilbert & Procter, 2006, p. 366). Dette gøres via gruppediskussion, hvor deltagerne beskriver deres egne oplevelser, hvor de enten var eller ikke var selvmedfølelse i forbindelse med deres selvskadende adfærd. Hensigten med disse øvelser er at skabe indsigt i, hvorledes de kan agere selvmedfølelse i lignende situationer og at få en debat i gang mht. forskellen på selvmedfølelse og selvmedlidenhed. I denne fase arbejdes der også med elementer af mindfulness bl.a. mindfull vejrtrækning (Gilbert, 2010a, p. 137) og teknikker såsom billedliggørelse, bevidst opmærksomhed, adfærdsteknikker og omformulering (Braehler et al., 2013, p. 204). Målet med disse øvelser er at udvikle deltagerens selvmedfølelse, således at de får opbygget en modstandskraft overfor selvskadetrangen. Denne modstandskraft består i, at selvmedfølelsen reducerer selvkritikken, skammen og selvhadet, som ofte er forbundet med trangen til selvbeskadigelse (Møhl, 2006, p. 67).

- **Session 10-12:** Her fokuseres der på, at deltagerne får samlet op på, hvilke kompetencer de kan anvende efter behandlingsforløbet, hvis selvskadetrangen opstår. Ydermere skriver deltagerne citater på kort som, efter behandlingsforløbet, kan fastholde dem i at være selvmedfølende, når selvkritikken og/eller trangen til selvbeskadigelse opstår (Braehler et al., 2013, p. 204).

11.5.4.2.2 De individuelle terapiesessioner

- **Session 1-3:** I denne fase er der fokus på, at deltageren og terapeuten får etableret en god alliance. Herefter udforsker klienten og terapeuten i fællesskab deltagerens selvskade historie. Der er fokus på, at deltageren opnår en indsigt i egne motiver for og funktioner af den selvskadende adfærd. Dette gøres ved hjælp af sokratiske dialog og metakognitiv refleksion (Gilbert, 2010b, p. 33). Der er desuden fokus på, at deltageren får sat ord på sine egne mål for fremtiden i forbindelse med sin selvskadende adfærd. Dette gøres ud fra et selvmedfølende fokus (Gilbert, 2010b, p. 33). Hensigten med denne fase er, at deltageren bliver klogere på, hvorledes trangen til selvbeskadigelsen kan reduceres ved at agere selvmedfølende i situationer, hvor trangen opstår.
- **Session 4-6:** Fokus for behandlingen i disse sessioner er deltagerens metakognitive ræsonering omkring sin selvskadende adfærd. Ligeledes arbejdes der med forbindelsen mellem de tre emotionelle systemer og hvilken betydning balancen mellem disse har for netop denne deltagers selvskadende adfærd. Dette gøres ud fra konkrete beskrivelser af hændelser, hvor trangen til selvbeskadigelsen var til stede. Der tales om, hvorledes vedkommende håndterede denne trang. Der arbejdes desuden hen imod, at deltageren opnår en evne til aktivt at vælge en selvmedfølende copingstrategi til at reducere mængden af emotionelt stress (Gilbert, 2010b, p. 36).
- **Session 7-8:** Her er der fokus på at få afsluttet terapiforløbet og gøre klienten klar til igen at stå på egne ben. Ydermere kan der gennemgås ting efter klientens eget valg såsom tidligere gennemgåede teknikker (Braehler et al., 2013, p. 204; Beck, 2013, p. 339f).

Idet nærværende forskningsdesign både består af individuelle og gruppesessioner placeres psykoedukationen i gruppesessionerne. Argumenterne for dette valg er flere. Der er først og fremmest et ressourcebesparende element i, at flere deltagere psykoedukeres på samme tid. Yderligere argumenteres der for, at deltagerne kan lære noget af hinandens spørgsmål og en eventuel efterfølgende debat ud fra disse spørgsmål. Der kan på den anden side argumenteres for, at psykoedukationen placeres i de individuelle terapisesessioner, idet dette kan give deltagerne et konfidentielt rum, hvor de kan spørge ind til elementer af deres særegne situation. Hvis en deltager under en individuel terapisesession stiller spørgsmål eller gør sig overvejelser, hvor psykologen vurderer, at yderligere psykoedukation kan være gavnligt, opfordres psykologerne til, at psykoedukere deltageren yderligere.

11.6 Intern validitet – overvejelser og foranstaltninger

Det er under udarbejdelsen af dette forskningsdesign blevet foretaget nogle overvejelser og efterfølgende foranstaltninger for at sikre, at undersøgelsens interne validitet er høj. Disse præsenteres i dette afsnit sammen med en diskussion af, hvilke foranstaltninger, der er blevet foretaget.

For at gøre resultatet af studiet så generaliserbart som muligt til- og fravælges deltagerne ikke på baggrund af deres køn, etnicitet, seksualitet og politiske overbevisninger. På denne måde opnås et så alsidigt sample, som muligt.

I forhold til alder er der taget højde for, at hver aldersgruppe har sine særegne karakteristika, der gør, at de adskiller sig fra de andre aldersgrupper. Derfor laves der ikke blot én samlet effektberegning for hele gruppen, men også flere forskellige effektberegninger for de tidligere nævnte aldersgrupper.

Deltagerne i nærværende undersøgelse rekrutteres som nævnt fra psykiatrien såvel som privat klinikker. Der er derfor én faktor dette forskningsdesign ikke kan tage højde for. Dette er, hvorvidt selvskadere kommer fra et ressourcestærkt eller – svagt netværk. På baggrund af viden omkring, at mange selvskadere er vokset op i et miljø, der ikke har magtet at støtte deres udvikling af mentaliseringsevnen synes der at være grundlag for at antage, at familierne på dette punkt har været ressource svage (Fonagy et al., 2007, p. 187) (Jf. afsnit 3.2). På baggrund af førnævnte antagelse, synes det

sandsynligt, at en stor del af de selvskadere, der finder deres vej til psykiatrien, kommer fra ressourcestærke professionelle netværker, som har hjulpet dem i behandling. Dette professionelle netværk kan være institutionspersonale, PPR osv.

Hvis det forholder sig således, kan det yderligere antages, at selvskadere kan være svære at behandle fordi de mangler et støttende privat netværk. Da dette er et pilotstudie argumenteres der imidlertid for, at en sådan skelnen mellem deltagerne ikke er relevant, idet det primære formål er at undersøge, hvorvidt der i det hele taget kan registreres en effekt. Hvis denne effekt registreres synes det fremadrettet vigtigt at undersøge, hvorvidt effektstørrelsen er signifikant anderledes for selvskadere, der har et støttende privat miljø i forhold til de, som ikke har.

For at mindske sandsynligheden for deltagerfrafald anvendes *session rating scale* (SRS). SRS er udviklet til at måle, hvor tilfreds klienten har været med terapisesionen. Skalaen er let anvendelig, idet den består af fire elementer, der skal vurderes. Disse elementer er:

- Den terapeutiske alliance
- De terapeutiske mål
- De terapeutiske emner
- Terapeutens tilgang til klienten.

Idet SRS endnu ikke er udviklet i en dansk version anvendes den norske udgave (Hafkenschied et al., 2010, p. 3). Ved at anvende SRS får terapeuten muligheden for at tilpasse terapien således, at klienten føler et større udbytte af og et større incitament for at fortsætte terapien. Alle tilpasninger af terapien skal imidlertid foretages indenfor rammerne af det opstillede forskningsdesign, således at resultaterne af undersøgelsen ikke kompromitteres.

I forbindelse med et stort deltagerfrafald er der imidlertid en sandsynlighed for, at dette påvirker undersøgelsesresultatet, idet man ikke med sikkerhed kan vide om de frafaldne er signifikant anderledes fra de som fuldfører undersøgelsen (Fraenkel, 2015, p. 169). I tilfælde af et stort deltagerfrafald testes, hvorvidt de frafaldne adskiller sig fra de som gennemfører undersøgelsen i forhold til alder, køn, etnicitet og prætest score. Hvis de ikke gør det, er frafaldet antageligt ikke et problem for undersøgelsens udfald.

Idet deltagerne af denne undersøgelse skal udfylde fire skalaer og deltage i ét struktureret interview er der en sandsynlighed for, at de rammes af træthed og derfor er mindre grundige med udfyldelsen af de sidste skalaer (Fraenkel, 2015, p. 171). Dette tager der højde for ved, at deltagerne tilbydes en pause og forfriskninger.

11.7 Data analyse

De indsamlede data bliver organiseret i en prætest mængde og en posttest mængde og der udregnes en effektstørrelse for den samlede gruppe.

Hvis muligt, bliver data ligeledes organiseret i aldersgrupperne 14-19 år, 20-30 år, 31-40 år, 41-50 år og 51-60 år. På denne måde bliver det muligt at se om behandlingen har en særlig effekt indenfor de enkelte aldersgrupper. Hvis det er muligt laves der ligeledes én samlet effektberegning for kvinder samt én samlet effektberegning for mænd.

I dette forskningsdesign sættes signifikans niveauet til 0,25, svarende til en sandsynlighed på 25 % for, at effektstørrelserne er opstået ved en tilfældighed. Idet effekten af MEFT i forhold til selvskadende adfærd ikke er undersøgt før, vælges dette relativt høje signifikansniveau for at højne sandsynligheden for at registrere en eventuel effekt. Registreres denne effekt anbefales det, at fremtidige undersøgelser sætter et signifikansniveau på 0,5. Effektstørrelserne udregnes i SPSS ved hjælp af en *repeated measures ANOVA*.

11.8 Etik

Kontrolgruppen tilbydes, af etiske hensyn, samme forløb, som behandlingsgruppen modtog i undersøgelsesperioden. Kontrolgruppens behandlingsforløb starter umiddelbart efter undersøgelsens afslutning (ni måneder). Ligeledes tillades det, at deltagerne fortsætter deres vanlige behandling i undersøgelsesperioden. Dette gøres for ikke at risikere at kompromittere deltagernes igangværende behandling samt evt. at forværre deltagernes tilstand.

12. Konklusion

Hensigten med denne afhandling har været at belyse, hvorledes selvskade kan forstås samt undersøge hvorvidt medfølelsesfokuseret terapi (MEFT) kan tænkes effektiv i forhold til behandling af selvskadende adfærd. Ligeledes har et sekundært formål været at udarbejde et forskningsdesign, hvilket effekten af MEFT til behandling af selvskadende adfærd kunne undersøges ud fra. Dette kun, hvis der kunne findes valide teoretiske og empiriske argumenter for MEFTs effektivitet i behandlingen af selvskadende adfærd. Dette blev gjort ud fra en overvejende teoretisk baseret forståelsesramme.

Det overordnede formål med afhandlingen var at skabe en merviden indenfor et felt af psykologien, der ofte er omtalt, men stadig sparsomt undersøgt.

Igennem arbejdet med afhandlingens problemstilling blev det klart, at selvskadende adfærd ikke er et nyt fænomen (Favazza, 1989, p. 142). Selvbeskadigelse er antageligt blevet praktiseret igennem hele menneskehedens historie og er særligt i nyere tid blevet et større problem, idet flere og flere tilsyneladende udvikler selvskadende adfærd. På trods af fænomenets voksende omfang findes der endnu ikke en fastlagt definition af eller diagnose på selvskadende adfærd. Der er imidlertid blevet tilføjet en tentativ diagnose over selvskadende adfærd i DSM-5 (American psychiatric association, 2013, pp. 803-804).

Det blev ligeledes klart, at det er vigtigt at skelne imellem selvskadende adfærd og selvmordsadfærd, idet hensigten bag disse adfærdstyper er forskellige og derfor kræver forskellige behandlingstiltag. Det er imidlertid vigtigt, at behandlere af selvskadere holder sig for øje, at selvskadere har en forhøjet risiko for selvmord.

Selvskadende adfærd kan opdeles i to kategorier:

- 1) Kulturelt accepteret selvskadende adfærd (Favazza, 2011, pp. 199-201; Veague et al., 2008, p. 82) og
- 2) Patologisk selvskadende adfærd (Favazza, 2011, p. 200; Møhl, 2006, p. 31)

Metoderne der findes til selvbeskadigelse kan inddeles i kategorierne direkte og indirekte selvskadende adfærd. De direkte metoder indebærer bl.a. at skære, bide, kradse, slå og brænde sig selv, imens de indirekte metoder bl.a. indebærer spiseforstyrrelser, alkohol blackouts og stofmisbrug (Briere & Gil, 1998, p.614; Møhl et al., 2014, p.14).

Det kan yderligere konkluderes, at selvskadere er en heterogen gruppe, idet deres motiver for og funktioner af selvbeskadigelsen er mangeartede. Overordnet forholder det sig således, at for de fleste selvskadere synes selvbeskadigelsen at have en funktionel værdi, idet denne oftest anvendes, som affektregulator for en indre emotionel ubalance.

Ses selvbeskadigelsen i lyset af en udviklingspsykologiske ramme kan det konkluderes, at udviklingen af selvskadende adfærd kan ses som en effekt af en mangelfuld tilknytning til den primære omsorgsperson og dårlig eller helt manglende mentaliseringssevne. Dette skyldes, at udviklingen bringes til standsning på et præmentalistisk stadium. Dette kan føre til, at individet får svært ved at selv- og affektregulere, hvilket kan føre til et behov for et fysisk udfald; selvbeskadigelsen. (Jf. afsnit 3.3).

For at kunne bidrage med ny viden til et felt synes det vigtigt at vide, hvad der i forvejen eksisterer. Af hensyn til specialets rammer blev dette begrænset til at inkludere KAT, DAT og MBT.

Det kan konkluderes, at der findes empirisk belæg for, at henholdsvis KAT, DAT og MBT kan reducere selvskadende adfærd. KAT betragter selvskadende adfærd, som en overindlært overlevelsestrategi for at undgå psykisk ubehag. DAT ser selvskadende adfærd, som et adfærdsproblem, der er opstået på baggrund af affektreguleringsproblemer og MBT anser den selvskadende adfærd som en effekt af mentaliseringsvanskeligheder.

Yderligere kom det frem, at en stor del af selvskaderne har en høj grad af selvkritik og –had. Dette fører ofte til et behov for at straffe sig selv (Møhl, 2006, p. 67; Briere & Gil, 1998; Nock & Prinstein, 2004; Favazza & Conterio, 1989).

Det stod derfor klart, at der synes at være en stor gruppe af selvskaderne, der ikke var et særligt tilpasset behandlingstilbud til.

Ydermere kunne det konkluderes, at selvkritiske personer, herunder selvskadere, ofte er i stand til at forstå det kognitive rationale, deres behandling ofte er bygget op omkring, men sjældent føler en forandring (Gilbert & Procter, 2006, p. 355).

Det synes derfor at forholde sig således, at MEFT kan noget nyt og mere i behandlingen af selvskadende adfærd end KAT, DAT og MBT kan.

MEFT kan med sit fokus på skam og selvkritik danne rammen for et behandlingstilbud til den store del af individer, hvis selvskadende adfærd har en stærk relation til

deres selvkritik.

MEFT kan derfor arbejde aktivt med selvskaderens grundlæggende selvkritiske følelser og sikre, at vedkommende både *forstår* behandlingen og *føler* sig i bedring. Dermed synes der at være skabt et solidt argument for relevansen af et forskningsdesign, der kan undersøge MEFTs effektstørrelse i forhold til behandlingen af selvskadende adfærd.

Forskningsdesignets forskningsspørgsmål blev derfor således:

Kan MEFT reducere mængden af selvskadende adfærd hos individer, der har en høj grad af selvkritik?

Forskningsdesignet er udviklet på baggrund af principperne for et randomiseret prætest-posttest kontrol gruppe design. Selve terapiforløbet strækker sig over 4-5 måneder med en follow-up måling efter i alt ni måneder.

Terapiforløbet er udviklet ud fra principperne bag MEFT, KAT og CMT, idet det igennem udarbejdelsen af afhandlingen blev klart, at disse tre komponenter tilsammen synes at kunne besvare ovenstående forskningsspørgsmål bedst muligt.

12.1 Fremtidig forskning

Som tidligere nævnt står det nu klart, at selvskadende adfærd er et større og større problem. Behandlerne står med en klient population, der er svær at behandle pga., at de er svære at engagere i behandlingen. Dette kompliceres yderligere af manglende viden på behandlingsområdet. Med tanke på dette synes det relevant at undersøge, hvorledes man kan forebygge udviklingen af selvskadende adfærd.

Idet debutalderen for selvskadende adfærd ofte er i de tidlige teenageår (American psychiatric association, 2013, p. 804) synes det relevant at igangsætte et forebyggende tilbud inden da. Sammenholdes viden omkring sammenhængen mellem selvkritik og udviklingen af selvskadende adfærd synes det relevant at undersøge, hvorvidt selvbeskadigelsen kan forebygges ved hjælp af selvmedfølelseskurser i folkeskolen.

Referenceliste

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Andover, M.,S.; Morris, B., W.; Wren, A. & Bruzzese, M., E. (2012). The Co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 6:11.
- Bales, D.; Van Beck, N.; Smits, M.; Willemsen, S.; Busschbach, J. V.; Verheul, R.; Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568-82
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder – a practical guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for Borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166,12.
- Beck, J. (2011). *Kognitiv adfærdsterapi – Grundlag og perspektiver*. 1. ed. Akademisk Forlag
- Bertelsen, P. (2000). *Antropologisk psykologi. En almenpsykologisk opfattelse af den frie vilje, bevidstheden og selvet*. Frydenlund/psykologi.
- Biblen, *Markusevangeliet*, 5:5
- Bohus, M.; Haaf, B.; Simms, T.; Limberger, M.; Schmahl, C.; Unckel, C.; Lieb, K.; Linehan, M., M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, pp. 487-499
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Psychology*, 52, pp. 199-214.
- Briere, J.; Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American journal of orthopsychiatry*, 68(4), October

- Brinkman, S.; Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder – en grundbog*. Hans Reitzels Forlag.
- Burtler, A.,M; Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury – behavior, syndrome or diagnosis? *The British Journal of Psychiatry*, 202, 324-325.
- Carter, G. L.; Willcox, C. H.; Lewin, T. J.; Conrad, A. M.; Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: Randomized controlled trial of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*
- Christensen, G. (2005). *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. Roskilde Universitets Forlag.
- Cloutier, P.; Humphreys, L. (2009). Measurement of Nonsuicidal self-injury in Adolescents. In Nixon, M., K., & Heath, N., L. (eds) *Self-injury in youth – the essential guide to assessment and intervention*. Routledge, Taylor and Francis Group: New York & London
- Coid,J.; Allolio, B. & Rees, L., H. (1983). Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The Lancet September 3*
- Coolican, H. (2009). *Research methods and statistics in psychology*. Hodder Education pp.172-205
- Comtois, K., A.; Elwood, L., Holdcraft, L., C.; Smith, W., R.; Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. *Cognitive and behavioral practice 14 (2007) 406-414*
- Daubney, M.; Bateman, A. (2015). Mentalization-Based therapy (MBT): an overview. *Australasian Psychiatry vol.23(2), pp. 132-135*
- Eisenberg, N. (2002). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. In R. Davidson & A. Harrington (eds), *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*, pp. 131-164. New York: oxford University Press.
- Favazza, A. (2011). *Bodies under siege – selfmutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in culture and Psychiatry*. 3. Ed. The Johns Hopkins University Press. Baltimore.
- Favazza, A.(1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (2), pp. 137-145

- Favazza, A., R.; Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24
- Ferguson, E. (2005). The use of diary methodologies in health and clinical psychology In Miles, J. & Gilbert, P.(Eds) *A handbook of research methods for clinical and health psychology*. Oxford University Press
- Federici, A.; Wisniewski, L. (2013). An intensive DBT program for patients with multidagnose eating disorder presentations: a case series analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46:4,
- Fleischhaker, C.; Böhme, R.; Sixt, B.; Brück, C.; Schneider, C.; Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2011, 5:3
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. Akademisk Forlag.
- Fraenkel, J., R.; Wallen, N. E.; Hyun, H. H. (2015). *How to design and evaluate research in education*. 9. Edition. McGraw Hill Education
- Freud, S. (1920). Hindsides lystprincippet. In: Olsen, O. A.; Kjær, B. & Køppe, S *Sigmund Freud Metapsykologi 2.. 2. ed.* Hans Reitzel.
- Gergely,G., Csibra, G. (1997). Teleological reasoning in infancy: The infant´s naïve theory of rational action. *The Royal Society feb. 2003*
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, pp. 353-379
- Gilbert, P. (2002). Medfølelsesfokuseret terapi. [Compassion-Focused Therapy; oversat af Morten Visby]. In M. Arendt & N. K. Rosenberg (Eds.), *Kognitiv terapi. Nyeste udvikling* (pp. 507-522). København: Hans Reitzel.
- Gilbert, p. (2005). Compassion and cruelty – a biopsychosocial approach. In. Gilbert (ed.) *Compassion – conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge, Taylor and Francis group: London and New York.
- Gilbert, P. (2010a). *Compassion focused therapy – Distinctive features*. Routledge Taylor and Francis Group.

- Gilbert, P. (2010b). An introduction to the theory and practice of compassion focused therapy and compassionate mind training for shame based difficulties. www.compassionatemind.co.uk (d. 11/05-2015).
- Gilbert, p.; Clarke, M.; Hempel, S.; Miles, J., N., V.; Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50
- Gilbert, P.; McEwan, K.; Irons, C.; Bhundia, R.; Crhistie, R.; Broomhead, C. & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame and social rank. *British Journal of Clinical Psychology* (2010), 49. 563-576
- Gould, G. M; Pyle, W. L. (1896). Anomalities and Curiosities of Medicine.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 192-205
- Gratz, K., L., (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary Data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 23, No. 4 December
- Hafkenscheid, A., Duncan, B., Miller, S. (2010). The outcome and session rating scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the dutch translation. *Journal of brief therapy* 7(1&2)
- Hass, B. & Popp, F. (2006). Why do people injure themselves? *Psychopathology*, 39, 10-18.
- Hazell, P. L.; Martin, G.; McGill, K.; Kay, T.; Wood, A.; Trainor, G.; Harrington, R. (2009). Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: Failure of replication of a randomized trial. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:6, June
- Hilk, C. (2015). Global assessment of functioning (GAF). *Encyclopedia of Cross-cultural school psychology*
- Hill, C., E.; O'Grady, K. E.; Elkin, I. (1992). Applying the collaborative study psychotherapy rating scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy and clinical management. *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 60, no. 1, pp. 73-79

- Hoffman, M. L. (1991). Empathy, social cognition, and moral action. In. W.M. Kurtines and J.L. Gewirtz (eds.), *handbook of moral behavior and development*. Vol. 1: Theory, pp. 275-301. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- James, A., C.; Taylor, A.; Winmill, L.; Alfoadari, K. (2008). A preliminary Community study of dialectical behavior therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health* vol. 13, no. 3, 2008
- Jarvi, S.; Jackson, B.; Swenson, L.; Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of suicide research* 17:1 p. 1-19
- Jarvis, G. K.; Ferrence, R. G.; Johnson, F. G; Whitehead, P. C. (1976). Sex and age patterns in self-injury. *Journal of Health and Social behavior*, vol. 17 (June): 146-155)
- Kåver, A.; Nisonne, Å. (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik*. Dansk psykologisk forlag
- Kemperman, I.; Russ, M. J. & Shearin, E. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of personality disorders*, 11(2), 146-157.
- Klonsky, E., D., Oltmanns, T., F.; Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-harm in a Nonclinical population: prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160
- Kvarstein, E., H.; Pedersen, G.; Urnes, Ø.; Hummelen, B.; Wilberg, T.; Karterud, S. (2015). Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalizations-based treatment for patients with borderline personality disorder – does it make a difference? *Psychology and psychotherapy. Research and practice*, 88, p. 71-86
- Lichtenstein, M. B. (2010). Når sundhed bliver til sygdom. *PsykologNyt*, 6.
- Linehan, M. (2004). *Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighedstræning*. Dansk psykologisk forlag.
- Linehan, M., M.; Comtois, A.; Brown, M., Z.; Heard, H., L.; Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, Reliability, and validity of a Scale to Assess Suicide Attempts and Intentional Self-injury. *Psychological Assessment*, vol. 18, no. 3, pp.303-312.

- Linehan, M.; Koerner, K. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. In: Norcross, J., c.; Goldfried, M., R. (1992). *Handbook of psychotherapy integration pp. p. 433–459*
- Linehan, M., M.; Comtois, A.; Murray, A., M.; Brown, M., Z.; Gallop, R., J., Heard, H.I.; Korslund, K., E.; Tutek, D., A.; Reynolds, S., K. & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of dialectical Behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behavior and Borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry, 63, pp. 757-766*
- Lloyd-Richardson, E, E; Perrine, N; Dierker, L. & Kelly, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37, pp. 1183-1192*
- Lundh, L.-G.; Karim, J.& Guiliseh, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the deliberate self-harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology, 2007, 48, 33-41*
- Menninger, K. (1935). A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation. *Psychoanalytic Quarterly 4; 408-466*
- Møhl, B.; La Cour, P. & Skandsen, A. (2014). Non-Suicidal Self-Injury and Indirect self-harm among Danish High school students. *Scandinavian Journal of child and adolescent psychiatry and psychology. Vol. 2(1): 11-18*
- Møhl, B.; Skandsen, A. (2012). The prevalence distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental health.*
- Møhl, B (2006). *At skære smerten bort*. PsykiatriFondens Forlag.
- Møhl, B. (2010). Når den psykiske smerte udageres på kroppen – cutting som ”ny patologi”. In: Lunn, S. (2010). *Fra kromosomer til metaforer*. Dansk psykologisk
- Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (Red.) (2005). *Kognitiv terapi -Modeller og metoder*. Hans Reitzel
- Muehlenkamp, J.J; Gutierrez, P., M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of suicide Research, 11, pp. 69-82.*
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2, 85-101.*

- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Nixon, M. K.; Heath, N. L. (2009). *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention*. Routledge.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 72 (5), 885-890.
- Oldershaw, A.; Simic, M.; Grima, E.; Jollant, F.; Richards, C.; Taylor, L.; Schmidt, U. (2012). The effect of cognitive behavior therapy on decision making in adolescents who self-harm: a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 42 (3) June 2012. *The American association of Suicidology* pp. 255-265
- Plener, P., L.; Sukale, T.; Ludolph, A., G.; Stegemann, T. (2010). "Stop Cutting-Rock!": A pilot study of music therapeutic program for self-injuring adolescents. *Music and Medicine*, 2010, 2:59
- Rossouw, T., I.; Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*. Vol. 51, 12, p. 1304-1313.
- Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Sheidman, E., S. (1985). *Definition of suicide*. John Wiley and sons.
- Sher, L. & Stanley, B. (2009). Biological models of nonsuicidal self-injury. IN Nock, M., K. (Ed) *Understanding nonsuicidal self-injury*. American Psychological Association. Washington D.C.
- Slee, N., Garnefski, N., Van der Leeden, R., Arensman, E., Spinhoven, p. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*.
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, B. (2009). Hva er selvskadning? *Tidsskrift for den norske legeforening*. Nr. 8 129: 754-758
- Søndergaard, P., S. (2007). *Når livet gør ondt – om selvskadende adfærd blandt unge*. Kroghs Forlag
- Stanley, B; Brodsky, B.; Nelson, J., D.; Dulit, R. (2007). Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11:337–341, 2007

- Steinberg, L. & Silverberg, S. B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child development*. 57(4), 841-851.
- Stuart-Hamilton, I. (2007). *Dictionary of psychological testing, assessment and treatment*. Jessica Kingsley Publishers
- Strømme, P., Valvatne, K. (1998). Mental retardation in Norway: Prevalence and sub-classification in a cohort of 30 037 children between 1980 and 1985. *Acta Paediatr* 87: 291–6.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, vol 18, no. 5, pp. 531-554
- Swannell, S. V.; Martin, G. E.; Page, A.; Hasking, P.; St. John, J. N. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in non-clinical samples: systematic review, Meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-threatening Behavior* 44(3) June.
- Taylor, L.; Oldershaw, A.; Richards, C.; Davidson, K.; Schmidt, U.; Simic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2011, 39, pp. 619-625
- Thompson, R.; Zuroff, D., C. (2002) The levels of self criticism scale: comparative self criticism and internalized self criticism. *Personality and Individual Differences* 36 (2004) 419–430
- Tyrer, P.; Thompson, S.; Schmidt, U.; Jones, V.; Knapp, M.; Davidson, K.; Catalan, J.; Airlie, J.; Baxter, S.; Byford, S.; Byrne, G.; Carmeron, S.; Caplan, R.; Cooper, S.; Ferguson, B.; Freeman, C.; Frost, S.; Godley, J.; Greenshields, J.; Henderson, J.; Holden, N.; Keech, P.; Kim, L.; Logan, K.; Manley, C.; Macleod, A.; Murphy, R.; Patience, L.; Ramsay, L.; De Munroz, S.; Scott, J.; Seivewright, H.; Sivakumar, K.; Tata, P.; Thornton, S.; Ukoummune, O., C.; Wessely, S. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behavior therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POP-MACT study. *Psychological Medicine*, 2003, 33, pp. 969-976
- Van Vliet, K., J. & Kalnins, G. R. C (2011). A compassion focused approach to non-suicidal self-injury. *Journal of mental health counseling*, vol. 33, no. 4, Oct. 2011, p.295-311

- Veague, H., B.; Collins, C.; Levitt, P. (2008). *Cutting and Self-Harm*. Chelsea House Publishers.
- Walsh, B. W. (2008). *Treating Self-Injury – a practical guide*. The Guilford Press.
- Wechsler, D. (1944). The measurement of adult intelligence. *The Williams & Wilkins company Baltimore*
- Whelton, W., J.; Greenberg, L., S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and individual differences*, 38: 1583-1595
- Øverland, S. (2006). *Selvskadning – en praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget.